

2)

Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría

TOMO X.

FEBRERO DE 1938.

NUM. 2

ORGANO OFICIAL DE LA
CATEDRA DE PATOLOGIA Y CLINICA INFANTILES
HOSPITAL "MERCEDES"

DIRECTORES:

DR. ANGEL ARTURO ABALLI
Profesor Titular.

DR. FELIX HURTADO
Profesor Auxiliar.

JEFES DE REDACCION:

DR. AGUSTIN CASTELLANOS
Ayudante de la Cátedra.

DR. TEODOSIO VALLEDOR
Ayudante de la Cátedra.

SECRETARIO DE REDACCION:

DR. CARLOS HERNANDEZ MIYARES

ADMINISTRADOR:

DR. VIVINO GARCIA REMEDIOS

REVISTA



MENSUAL

REDACCION, ADMINISTRACION Y CANJE:

APARTADO 2430. HABANA. CUBA

UN NUEVO PRODUCTO NESTLE



MILO

ALIMENTO TONICO

FORTIFICANTE

INDICADO EN LOS CASOS DE

Períodos de Gestación y Lactancia en la mujer, Trastornos Nerviosos, Debilidad, Anemia, Insomnio, Vejez, Secuelas Post-Operatorias, Convalecencia, etc.

ANALISIS

Materia grasa	9.6%
Proteínas	13.8 "
Hidratos de carbono	68.5 "
Sales minerales	5.1 "
Agua	3.0 "

MILO está especialmente indicado en el período de gestación pues, aparte de sus propiedades nutritivas, aumenta la asimilación del calcio y fósforo y evita la pérdida de estos elementos en el esqueleto materno provocada por las exigencias del feto.



PIDA UNA MUESTRA GRATIS

COMPANIA NACIONAL DE ALIMENTOS

Pte. Zayas No. 6

Teléf. M-7650

DIRECTORIO

DE LA

SOCIEDAD CUBANA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:

Prof. Félix Hurtado Galtés.

VICE-PRESIDENTE:

Dr. Teodosio Valledor Campo.

SECRETARIO:

Dr. Carlos Hernández Miyares.

BIBLIOTECARIO:

Dr. Vivino García Remedios.

SOCIOS FUNDADORES:

Prof. Angel A. Aballí.
Prof. Félix Hurtado.
Prof. Luis Ortega.
Agustín Castellanos.
Teodosio Valledor.
Benito Vilá.
Gonzalo Aróstegui.

Gustavo Cardelle.
José Prats.
Roberto Céspedes.
P. Sánchez Toledo.
G. González Sastre.
Bernardo Cardelle.
G. Gurri Aguilera.
Julio Cabrera.

G. Gómez del Río.
C. Hernández Miyares.
Emilio Alemán.
E. García Pérez.
María L. Cubiñá.
Hipólito Dumois.
D. Gómez Tejera.
Abelardo Codinach.

SOCIOS DE HONOR:

Prof. Luis Morquio † (Montevideo).
Prof. Pierre Nobecourt (París).

Prof. Clemente Inclán (Habana)
Prof. Gregorio Araoz Alfaro (Buenos Aires).

SOCIOS CORRESPONSALES:

Dr. Alfonso Alarcón (México).
Dr. Anastasio Vergara (México).
Prof. Arthur Moncorvo (Brasil).
Prof. Víctor Escardó y Anaya (Montevideo).
Prof. Arturo Scroggie Vergara (Chile).
Prof. Benito de Soria (Córdoba, Argentina).
Prof. Calixto Torres Umaña (Bogotá).
Prof. Camilo Muniagurria † (Rosario, Argentina).
Dr. Carlos Sainz de los Terreros (Madrid).
Prof. Enrique Suñer Ordóñez (Madrid).
Dr. Clifford G. Grulee (Chicago).

Prof. Enrique León García (Perú)
Prof. Eugenio Cienfuegos (Chile)
Dr. Frederick Schlutz (E. U. A.).
Dr. Hermann Schwarz (E. U. A.).
Dr. Jean Hallé (París).
Prof. Juan Carlos Navarro † (B. Aires).
Prof. Mario A. Torroella (México).
Prof. Mario J. del Carril (B. Aires).
Prof. M. Cárdenas de la Vega † (México).
Dr. Pierre Woringer (Strasbourg).
Prof. Raúl Cibilis Aguirre (B. Aires).
Prof. Roberto Aldunate (Valparaíso)
Dr. Santiago Cavenet (Madrid).
Samuel Levine (E. U. A.).

SOCIOS NUMERARIOS

José Luis de Cubas. †
René García Mendoza.
Alberto Otelza.
Julián Araña.
Esperanza Costa.
Marcos Díaz Sardiñas.
Vivino García Remedios.
Marino Ramos Ramírez.
Leopoldo Carreño.
María Teresa Estrada.
A. Fernández Meléndez.
R. Rodríguez Montero.
José Macho Doval.

César Fuentes Mardomin-go.
Ramón Aixalá.
Miguel A. Branly.
Prof. Vicente Legaña.
Prof. Arturo Curbelo.
Agustín Abril.
Carlos Ramírez Corría.
Prof. Amador Guerra.
José Mir.
Prof. Alberto Inclán.
Ernesto Fernández del Moral.
Nicolás Bello Gil.

Domingo Padrón Ferrer
José G. Trémols.
Daniel Mc. Donald.
José Pedrera.
Pedro Hernández Gonzalo.
Julio Jones.
Argelio de Ferta.
Guillermo García López.
Luis Viamonte Cuervo.
Sydney Orrett.
Julio Fernández de la Arena.
Adolfo Vilasuso.

BIBLIOTECA DE LA SOCIEDAD CUBANA DE PEDIATRIA

CATEDRA DE CLINICA INFANTIL HOSPITAL MERCEDES

H A B A N A

ABIERTA DE 9 A 12 LOS DIAS LABORABLES

PUBLICACIONES RECIBIDAS

ALEMANIA:

Münchener Medizinische Wochenschrift. Munich.
Revista Médica Germano Ibero-Americana. Leipzig.

ARGENTINA:

Anales de la Sociedad de Puericultura. B. Aires.
Archivos Americanos de Medicina. Buenos Aires.
Archivos Argentinos de Pediatría. Buenos Aires.
Archivos Argentinos de Psicología N., P. y C. afines. Buenos Aires.
Archivos de Enfermedades del Aparato Respiratorio. Buenos Aires.
El Día Médico. Buenos Aires.
Gaceta Médica de Córdoba. Córdoba.
La Medicina Argentina. Buenos Aires.
La Semana Médica. Buenos Aires.
La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires.
Revista Latino Americana. Buenos Aires.
Revista de la Asociación Médica Argentina. Buenos Aires.
Revista de la Sociedad de Pediatría. Rosario.
Revista del C. Médico y C. de Estudiantes de Medicina. Buenos Aires.
Revista de la Soc. Arg. de Biología. Buenos Aires.
Revista Sud Americana de Endocrinología. Buenos Aires.
Revista del Centro de Estudiantes. Rosario.

BELGICA:

Bruxelles Medical. Bruselas.
Le Scalpel. Bruselas.
Revue Belge des Sciences Medicales. Louvain.
Revue de Chirurgie Structure. Bruselas.

BRASIL:

A Folha Medica. Rio de Janeiro.
Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia. S. Paulo.
Archivos Rio Grandenses. Porto Alegre.
Archivos de Pediatría. Rio de Janeiro.
Brasil Médico. Rio de Janeiro.
Journal de Pediatría. Rio de Janeiro.
Boletín de Sociedade de Medicina e Cirurgia. Sao Paulo.
Boletín da Secretaria Geral de Saude e Assistencia. R. de Janeiro.
Medicina Cirurgia y Pharmacia. Rio de Janeiro.
Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
Pediatría Prática. Sao Paulo.
Revista Médica de Pernambuco. Recife.
Revista Médico-Quirúrgica del Brasil. Rio de Janeiro.
Revista de Gynecología e d'Obstetricia. Rio de Janeiro.

CANADA:

L'Union Médicale du Canada. Montreal.
Bull. Ass. Medecins de L. Fran. de la A. du Nord. Montreal.

COLOMBIA:

Revista de Higiene. Bogotá.
Revista Médica de Bogotá. Bogotá.
Revista de Medicina y Cirugía. Barranquilla.

CUBA:

Anales de Cirugía. Habana.
Anales de la Academia de Ciencias. Habana.
Archivos de la Soc. de Estudios Clínicos. Habana.
Archivos de Medicina Infantil. Habana.
Archivos de Medicina Interna. Habana.
Boletín de la Liga contra el Cáncer. Habana.
Boletín del Hospital General del Ejército. aHabana.
Crónica Médico-Quirúrgica. Habana.
Medicina de Hoy. Habana.
Revista Cubana de Oto-Neuro-Oftalmiatria. Habana.
Revista de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Habana.
Revista de Medicina y Cirugía. Habana.
Revista Dental. Habana.
Revista Médica Cubana. Habana.
Revista de Parasitología, Clínica y Laboratorio. Habana.
Sanidad y Beneficencia. (Boletín). Habana.
Tribuna Terapéutica. Habana.
Revista Tuberculosis. Habana.
Tuberculosis. Habana.
Vida Nueva. Habana.
Universidad de la Habana. Habana.

CHILE:

Archivos del Hospital de Niños "R. del Río". Santiago.
Revista Chilena de Pediatría. Santiago.

EL SALVADOR:

Archivos del Hospital Rosales. San Salvador.

ESPAÑA:

Anales Casa Salud Valdecilla. Santander.
Anales de Medicina Interna. Madrid.
Anales de Pediatría. Barcelona.
Anales del Hospital San José y Santa Adela. Cruz Roja. Madrid.
But. de la Soc. Catalana de Pediatría. Barcelona.
Laboratorio, Medicina, Cirugía. Barcelona.
La Opinión Médica. Zaragoza.
Archivos Españoles de Pediatría. Madrid.
Arxius de Psicología y Psiquiatria Infantil. Barcelona.

Clinica y Laboratorio. Zaragoza.
Crónica Médica. Valencia.
Ecos Españoles de Dermatología y
sifiliografía. Madrid.
Revista Española de Medicina y Ci-
rugía. Barcelona.
Revista Española de Tuberculosis.
Madrid.
Revista de Higiene y Tuberculosis.
Valencia.
Revista de Sanidad e Higiene Pú-
blica. Madrid.
Revista de las Españas. Madrid.
Paidoterapia. Barcelona.
Pediatria y Puericultura (Granada).
La Medicina de los Niños. Barcelo-
na.
La Pediatria Española. Madrid.
La Infancia Anormal. Madrid.
Medicina de los Países Cálidos. Ma-
drid.
Medicina Latina. Madrid.
Salux. Talavera de la Reina.

ESTADOS UNIDOS:

American Journal of Diseases of
Children. Chicago.
Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-
americana. Washington.
Revista de Radiología y Fisiotera-
pia. Chicago.
The Journal of American Medical
Association. Chicago.
The Journal of Pediatrics. St. Louis.
Medical Times. New York.
Transactions of the College of Phy-
sicians. Filadelfia.

FILIPINAS:

Revista Filipina de Medicina y Far-
macia. Manila.

EGIPTO:

The Journal of the Egiptian Med.
Ass. Cairo.

FRANCIA:

Acta Médica Latina. París.
Archives de Medecine des Enfants.
París.
Journal de Medecine de Lyon.
Lyon.
La Pédiatrie Pratique. Lille.
La Presse Médicale. París.
Le Nourrisson. París.
La Medecine Infantile. París.
La Médecine Scolaire. París.
Marseille Medical. Marsella.
Revue Française de Pédiatrie.
Strasbourg.
Revue Française de Puericultura.
París.
Revue Médicale Française. París.

HONDURAS:

Revista Médica Hondureña. Teguci-
galpa.

INDIA:

Indian Journal of Pediatrics. Cal-
cuta.

INGLATERRA:

Archives of Diseases in Childhood.
Londres.
Proceedings of the Royal Society of
medicine. Londres.
The British Journal of Children's
Diseases. Londres.

ITALIA:

Fronte Unico Antituberculare. To-
rino.
Il Lattante. Parma.
La Clinica Pediatrica Módena.
La Pediatria. Napoli.
La Pratica Pediatrica. Milán.
La Nipologia. Nápoles.
L'Ospedale de Bergamo. Bergamo.
Medicina Infantile. Roma.
Pathologica. Génova.
Policlinico Infantile. Torino.
Revista di Clinica Pediatrica. Fi-
renze.

MEXICO:

Archivos Latino-Americanos de Car-
diología y Hematología. México.
Gaceta Médica de México. México.
Labor Médica. Tampico.
Medicina. México.
Medicina y Cirugía de Occidente.
Guadalajara.
Revista de Gastroenterología. Mé-
xico.
Revista Médica de Yucatán.
Revista Mexicana de Puericultura.
México.
Revista Médica Veracruzana. Ve-
racruz.

PERU:

La Crónica Médica. Lima.
La Reforma Médica. Lima.

PUERTO RICO:

Journal of Public Health and Trop.
Medicine. San Juan.

RUSIA:

Bpayeboe Selo. Kiev.

URUGUAY:

Anales de la Facultad de Medicina.
Montevideo.
Archivos Uruguayos de Med. Cir. y
Especialidades. Montevideo.
Acción Sindical. Montevideo.
Archivos de Pediatría del Uruguay.
Montevideo.
Boletín del Inst. Intern. Americ. de
Protec. a la Infancia. Montevideo.
Revista de Tuberculosis del Uru-
guay. Montevideo.

VENEZUELA:

Archivos Venezolanos de Cardiolo-
gía y Hematología. Caracas.
Boletín de los Hospitales. Caracas.
Medical. Caracas.

D I R E C T O R I O DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE SANTIAGO DE CUBA

PRESIDENTE:

Dr. Luciano Joanneau.

SECRETARIO:

† Dr. Francisco Agüero Ortiz.

VOCALES:

Dr. José López Batllori.
Dr. José Guadalupe Castellanos.
Dr. Jorge Damlen.

TESORERO:

Dr. Antonio Béguez César.

SOCIOS NUMERARIOS:

Dr. Prudencio Caveda Colomé.
Dra. Susana Texidó.
Dr. Juan Francisco Fernández.



REPUBLICA DE CUBA

SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCION GENERAL DE LA LOTERIA NACIONAL

La Lotería Nacional

CONTRIBUYE AL
SOSTENIMIENTO
DE MUCHAS
INSTITUCIONES
DE PROTECCION
A LA INFANCIA
DESVALIDA

COMPRE BILLETES DE LA Lotería Nacional

LA

Maltina Tívoli Vitaminada

EN EL CONGRESO MEDICO



En esta foto se registra la historia gráfica de la comprobación, fijación y dosificación de las Vitaminas A. B. y D. en la 'MAL-TINA TIVOLI VITAMINADA', el producto que es, desde ha-ce ya mucho tiempo en Cuba, un motivo de legítimo orgullo de la industria Nacional.

CERVECERIA LA TROPICAL

2 PILDORAS GLUTINIZADAS NUEVO CUERPO YODADO ORIGINAL 2 a 3 VECES POR DIA
CITRATADO

IODOCITRANE

HIPERTENSION
ARTERIAL
VARICES-HEMORROIDES

TRASTORNOS
ARTERIALES Y VENOSOS

ARTERIO
ESCLEROSIS
OBESIDAD-ENFISEMA

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA 21, Rue Chaptal PARIS

EN CADA UNA DE LAS TRES COMIDAS

MEDICACION

2 A 3 GRAGEAS

EUPEPTICA

PANCREPAR

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS
DEBIDAS A UN DESORDEN
DE LA ASIMILACION
DISPEPSIAS
INSUFICIENCIAS
HEPATICAS

REGULARIZA LAS FUNCIONES
HEPATO-BILIARES
PANCREATICAS

EXTREÑIMIENTO
DE ORIGEN
HEPATICO
ANAFILAXIA
DIGESTIVA

LABORATORIO DE LOS PRODUITS SCIENTIA 21, Rue Chaptal, PARIS-19*

LABORATORIOS "DREAN"

SULFOMAG



FORMA: Solución al 20% de Sulfato de Magnesía
Ampulas 10 y 2½ c.c. para uso intramuscular o intravenoso

INDICACIONES: Corea, Eclampsia, Mioclonias,
Tétanos, Espasmofilia, Tos Ferina y para prolongar
la acción analgésica de la morfina

LABORATORIOS "DREAN"

Dr. VICIEDO = BELASCOAIN No. 7 = HABANA

PEDIATRAS

Dispepsias de los niños de pecho.

Intolerancia de la leche de vaca.

Vómitos de los niños de pecho.

Gastro - Enteritis.

Lactancia Natural y Artificial.



KYMOSINE

ROGIER

A BASE DE: Fermentos Lab y Azúcar de
leche purificados.



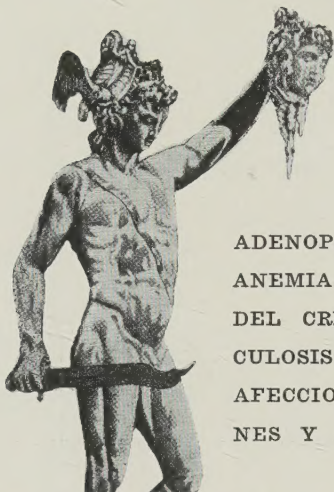
Laboratorio HENRY ROGIER

56 BOULEVARD PEREIRE. - PARIS

COLEOTENE SERONO TROPICAL

(EN INYECTABLES DE 1 C.C.)

VITAMINA "A" 300 U.I.
OLEATO DE COLESTEROL 10 Ctgs.



ADENOPATIAS TRAQUEO BRONQUIALES.
ANEMIA. — RAQUITISMO. — TRASTORNOS
DEL CRECIMIENTO. — ANOREXIA. — TUBER-
CULOSIS. — PROPENSION A LOS CATARROS Y
AFECCIONES BRONQUIALES. — INTOXICACIO-
NES Y EN TODAS LAS ENFERMEDADES DE
ORIGEN INFECCIOSO.



REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA CUBA, MEXICO Y CENTRO AMERICA:

L. LEPORI APARTADO 2423. - TELEFONO M-9299
H A B A N A

DRYCO

Leche Vitaminizada e Irradiada

Facilidad digestiva, igual a la leche materna.
Absorción íntegra — Vitamínica e Irradiada.
Es la que emplean preferentemente todos los
grandes pediatras del orbe, en el tratamiento
de las Diarreas de Verano, Raquitismo, afe-
cciones gastro-intestinales de la infancia y en
todos los estadios de la hiponutrición infantil.

En Pediatría

La Leche de Magnesia de Phillips se ha creado un lugar preferente en pediatría, como modificador de la alimentación artificial de los lactantes, para aliviar las irritaciones de la piel; y para corregir el estreñimiento y modificar las alteraciones de la mucosa del canal alimenticio, en las afecciones complicadas con acidez.

Leche de Magnesia de **PHILLIPS**

EL ANTIACIDO - LAXANTE IDEAL



DEXTRO

EL AZUCAR DE LA ENERGIA

TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES.

Linfáticas, Asmáticas y Artríticas. - Convalecencias

ARSENIODE BURIAT

TRI-YODURO DE ARSENICO METILARSINADO AL 1%

GOTAS:

Hasta 2 años, dar progresivamente de 2 a 4 gotas.

De 2 a 8 " " " " 4 a 20 "

De 8 a 15 " " " " 10 a 30 "

Adultos " " " " 20 a 40 "

LABORATORIOS BURIAT

25 RUE COPERNIC, PARIS

REPRESENTANTES:

RECALT Y CAMY. - APARTADO 2050

H A B A N A

Harina Fosfatada Larousse

EL
MEJOR
ALIMENTO
PARA
LOS
NIÑOS



DE
VENTA
EN
TODAS
LAS
FARMACIAS

Representantes: **RÉCALT & CAMY** San Lázaro 237
APARTADO 2050. - HABANA

DREANLISINA



MEDICACION ANTI - INFECCIOSA POLIVALENTE

Nucleínas, Levadura de Cerveza y de Vino, Estreptococos y Estafilococos lisados, Extracto estabilizado de Bardana y Estaño Coloidal.



Indicado en los procesos infecciosos y de cualquier índole en que haya que levantar las defensas orgánicas.

ADULTOS: 4 cucharadas al día.

NIÑOS: 4 cucharaditas al día.

LABORATORIOS DREAN
BELASCOAIN 7 HABANA

METABOLISMO DEL CALCIO

ENFERMEDADES POR CARENCIA DE VITAMINAS

ANEMIAS HIPOCROMICAS

DIETETICA

CREMA DE ESPINACAS "SELLO ROJO"



CERTIFICADO :

ANALISIS No. 60,249.

Que la muestra de Harina Espinaca marca "Sello Rojo", remitida a este Laboratorio por los Sres. Hoyo Fernández y Cía., ha sido analizada con el resultado siguiente:

AGUA	12.98%
CENIZAS	18.99 „
GRASA	1.65 „
FIBRA	8.18 „
PROTEINAS	29.81 „
HIDROCARBONADOS	28.39 „

Cada 100 gramos contienen la riqueza mineral siguiente:

	Miligramos
FOSFORO (P)	610.0
CALCIO (Ca)	800.0
MANGANESO (Mn)	8.0
COBRE (Cu)	1.0
HIERRO (Fe)	59.0

Cada 100 gramos producen 254 calorías.
Contienen Vitaminas A, G, C, D y B.

Una libra equivale a diecinueve libras de espinacas frescas.
Una cucharadita equivale a 48 gramos de espinacas frescas.

Habana, 23 de Enero, 1937.

J. M. Pare - R

UNA LIBRA DE CREMA DE ESPINACAS SELLO ROJO
EQUIVALE A 19 LIBRAS DE ESPINACAS FRESCAS
LA CREMA DE ESPINACAS SELLO ROJO ES ESPINACA
CRUDA Y RETIENE TODO EL PODER DE RIQUEZA
EN VITAMINAS Y SALES NATURALES

Muestra y Literatura a disposición de los señores Médicos

Cremas vegetales SELLO ROJO de "La Pasiega"
FALGUERAS 8. - HABANA

Prevención
y tratamiento
de la
TOSFERINA

POR EL

NÉO-DMÉTYS

STOCK-VACUNA ATÓXICA

Sin dolor local

Sin reacción ni
aun en los niños
pequeños

EN CAJAS DE
6 AMPOLLAS DE 1 "

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"** ●

21, rue Jean Goujon, PARIS-8°

Realview

ANGULO DE LA EXPOSICION DE LOS LABORATORIOS LINNER EN
EL VII CONGRESO MEDICO PAN AMERICANO, CELEBRADO
EN EL HOTEL NACIONAL EN ENERO DE 1938.



DECALIN

Es un coloide de Calcio con extracto purificado de Aceite de Hígado de Bacalao y Ergosterina irradiada, para uso intramuscular ó subcutáneo. Su Posología de acuerdo con el juicio médico en cada caso.

PRESENTACION:

Cajas de 10 ampulas de 1 c.c. y Bulbos de 30 c.c.

PREPARADO POR:

LABORATORIOS LINNER, S. A.

DIRECTOR: DR. C. ZAYAS

CAMPANARIO No. 104

TELEFONO: M-9314

HABANA, CUBA

Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría

REVISTA MENSUAL
HABANA

Órgano Oficial de la
CATEDRA DE PATOLOGIA Y CLINICA INFANTILES
HOSPITAL MERCEDES

Administración: Gervasio 121. - Teléfono M-3010

Correspondencia y Canje: Apartado de Correos 2430

SUSCRIPCION ANUAL: \$ 3.00

SUMARIO

Pág.

- La clasificación de las distrofias en los lactantes.—*Por el Prof. Calixto Torres Umaña*, de Bogotá, Colombia..... 69
- Sobre deshidratación celular en el lactante.—*Por el Prof. Calixto Torres Umaña*, de Bogotá, Colombia..... 79
- Edema nutricional y avitaminosis "A".—*Por el Dr. Enrique Galán Conesa* y el alumno *David Cazañas*..... 100


LECHE

KEL

Total y parcialmente descremada, desecada y esterilizada, una leche de superior calidad especialmente fabricada para la alimentación de los niños, ancianos, convalecientes y enfermos.

ANALISIS de la Leche KEL
parcialmente descremada...

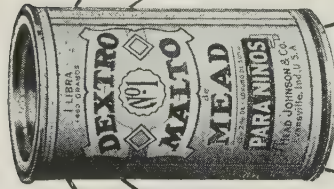
Grasas	12	por 100
Azúcar de leche, 46	"	"
Materias azoadas 32	"	"
Salas	7	" "
Agua	3	" "
	100	por 100

Se facilitarán prospectos y muestras gratis al facultativo que lo solicite.

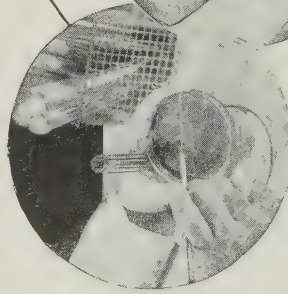
BELASCOAIN 14, HABANA

EL DEXTRO MALTO

Debe Pasar Diariamente

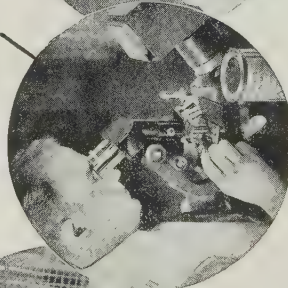


Estos Exámenes Microbiológicos*



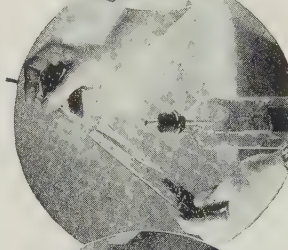
SIEMBRA EN AGAR-SANGRE

Confirma la ausencia de estreptococos hemolíticos



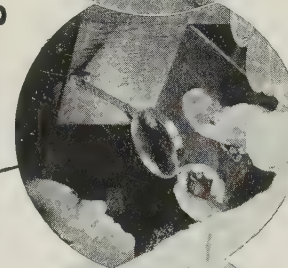
EXAMEN MICROSCOPICO DIRECTO

Informa con rapidez el control sanitario y la historia microbiológica del producto



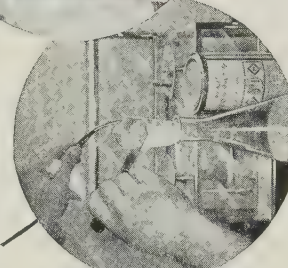
PRUEBA DE FORMACION DE GASES

Asegura la ausencia de bacterias del tipo intestinal (formadoras de gases)



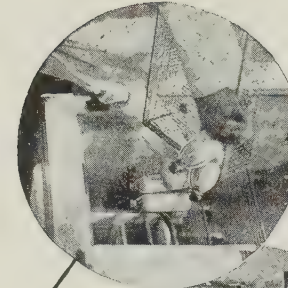
CONTEO DE PLACA (conteo microbiológico)

Asegura la ausencia de hongos y confirma la calidad sanitaria del producto



SIEMBRA EN LECHE

Asegura la ausencia de bacterias proteolíticas (putrefactas)



PRUEBA DE CONSERVACION EN LA NEVERA

Determina las cualidades de conservación de la leche modificada con Dextro Malt guardada en la nevera por espacio de 24 horas.

*Aparte de numerosos exámenes clínicos y físicos

MEAD JOHNSON & CO., INC., EVANSVILLE, IND., E.U.A.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS.

CENTRAL 10, CASA BLANCA, HABANA, TELEFONOS M-4350 y A-8784

La Clasificación de las Distrofias en los Lactantes ⁽¹⁾

POR C. TORRES-UMAÑA

Bogotá, Colombia.

Si hay algo en que los pediatras del mundo, estén en desacuerdo, es la cuestión de la clasificación de las afecciones de las vías digestivas en los niños. Si se recorren los tratados de pediatría se impresionan uno, en general, de la falta de precisión en unos y de la exagerada complicación o de la simplicidad extrema de otros.

A la antigua clasificación anatomo-patológica, que tiene los inconvenientes de no conocerse bien, clínicamente, y de qué causas diferentes dan lugar a lesiones semejantes, han venido a sustituirse las clasificaciones puramente clínicas, de las cuales, unas pecan por sencillez o por englobar dentro de un mismo proceso, alteraciones producidas por causas diferentes, sobre todo cuando las clasificaciones están fundadas en la presencia de un sólo síntoma.

Pro hay la circunstancia de que las perturbaciones digestivas se hacen sentir muy pronto sobre el estado general y sobre el metabolismo y aún pudiera suceder que desaparecieran los trastornos digestivos y subsistieran los del metabolismo. Por otra parte, sucede que la insuficiencia alimenticia o los regímenes de carencia, pueden producir trastornos del metabolismo, sin afección digestiva alguna, la escuela alemana ha sustituido el concepto de “enfermedades gastro-intestinales” por el de “trastornos nutritivos”.

Según este concepto, en vez de llevar nuestra atención al trastorno digestivo, se lleva a la alteración general que éste produce; por consiguiente dentro de los trastornos nutritivos, están comprendidas todas las alteraciones patológicas de la asimilación.

(1) Trabajo remitido por el autor para la Sección de Pediatría del VII Congreso de la Asociación Médica Panamericana, celebrado en la ciudad de la Habana el día 18 de enero de 1938.

En consecuencia, al hacer una clasificación, deben englobarse todas las alteraciones nutritivas y nó solamente los trastornos digestivos. Tal es el concepto de *distrofias* adoptado por la escuela alemana.

Es éste un concepto muy puesto en razón, pero siguiéndolo, tampoco se han puesto de acuerdo los pediatras, porque tampoco se ha hecho una clasificación que satisfaga.

Czerny y Keller, adoptan un fundamento etiológico y los dividen en *alimenticios, infecciosos y dependientes* de defectos *congénitos*. Pero Finkelstein, critica este sistema, porque dice que en la práctica, surgen dificultades para aplicarlo.

En tal virtud, hace Finkelstein una división puramente clínica y los clasifica en: *estados distróficos* y trastornos digestivos diarreícos agudos, subdivide los primeros en estados distróficos, sin alteración orgánica específica y subdivide a su vez éstos en distrofias de los hidroestables y de los hidrolábiles y los trastornos digestivos diarreícos en leves, dispepsia y graves, enterocatarro, fuera de otras divisiones y subdivisiones; hasta llegar a la *descomposición* que es el estado más avanzado de la desnutrición.

La clasificación de Finkelstein es pues algo confusa y complicada. La distrofia de los hidroestables como la de los hidrolábiles por ejemplo, puede ser consecutiva a una dispepsia o a un enterocatarro. Las distrofias producidas por las harinas o por cualquier otro elemento pueden producir desde el trastorno digestivo no tóxico, hasta la descomposición y los casos de trastornos digestivos no tóxicos, en que la diarrea falta o es poco acentuada, pueden ser producidos por distintos factores alimenticios y por consiguiente, la línea general del tratamiento, que debe ser una de las más fuertes bases de una clasificación, tiene que ser diferente.

Parece que la clasificación de Czerny y Keller, está más de acuerdo con la realidad de la práctica, pero engloba los síndromes distintos en un concepto demasiado general; así en los procesos digestivos producidos por la leche, requieren una mayor precisión, puesto que la leche no es un compuesto químico definido, sino una emulsión y una mezcla y cada uno de sus elementos está, por consiguiente, a cargo de un diferente grupo de glándulas y de jugos digestivos.

A mi entender, la mejor manera de hacer una división clara y natural, es seguir el proceso fisiológico de la nutrición y analizar las alteraciones que puedan tener lugar en sus principales etapas. Siguiendo esta conducta, observamos en primer lugar, que los tras-

TRICHUROL

CITRATO DE HIERRO
AMONIAICAL A ALTAS
DOSIS
(4 GRAMOS POR
CUCHARADA)

PARASITISMO
INTESTINAL



FRASCOS DE
200 C. C.



ESPECIFICAMENTE
TRICOCEFALOSIS

ACTUANDO A LA VEZ EN LAS ANEMIAS
PARASITARIAS E HIPOGROMAS
LABORATORIOS NODARSE NODARSEYHNO

VIYOTANIC

*frascos
de 300cc.*



YODO CALCIO Y VITAMINA "D"

LABORATORIOS NODARSE

NODARSE HNO.

tornos nutritivos dependen de una mala utilización cuantitativa de los alimentos, es decir, de la energía necesaria para el crecimiento normal del niño o de una deficiencia cualitativa de ciertos elementos que son indispensables para el mantenimiento normal del equilibrio fisiológico.

Estas anormalidades que pueden englobarse bajo la denominación común de *distrofias*, porque todas ellas corresponden al concepto etimológico del término y pueden producirse en cualquiera de las dos grandes etapas en que el organismo verifica las transformaciones alimenticias ya para asimilar el alimento a su propia sustancia, ya para quemarlo, para que sirva de material energético: la *digestiva*, propiamente dicha, o la del metabolismo intraorgánico, que algunos autores han llamado *digestión celular*.

Es evidente que el catabolismo, primera parte del acto metabólico, principia, en realidad, dentro del tubo digestivo; pero también es cierto que hay una división real, entre la parte de las transformaciones alimenticias, que está bajo la dependencia de las glándulas *exocrinas*, y el proceso *endocrino* de esas mismas transformaciones; entre la digestión, propiamente dicha que es la que se verifica dentro del tubo digestivo y el metabolismo propiamente dicho, o metabolismo intraorgánico, si se quiere. Esto, no sólo por razones de orden fisiopatológico, sino por comodidad del estudio de estos procesos. Una gran parte de la confusión que hoy existe, en esta materia, me parece que es debida a la tendencia a dar una exagerada amplitud a los términos, cuyas jurisdicciones se encuentran a menudo, recíprocamente invadidas.

Entre las causas que determinan estos trastornos nutritivos o Distrofias, hay que tener en cuenta, fuera de las insuficiencias de material alimenticio, las anormalidades congénitas del desarrollo, cuyas causas no son aún completamente conocidas; las insuficiencias fisiológicas por fatiga o por falta de uso de los órganos y las infecciones venidas del exterior, que en renglón de las distrofias digestivas, han tomado el nombre de diarrea infecciosa, enteritis, infección intestinal o más exactamente infección intestinal exógena y en las distrofias extradigestivas, o del metabolismo intraorgánico (infección parenteral) pueden encontrarse bajo la forma aguda o crónica.

Aplicando las ideas anteriores al primer grupo de distrofias, es decir, a las distrofias digestivas, tendremos las producidas por causa exógena, infecciosa, de que acabo de hablar y las endógenas y que

tienen su origen en el canal digestivo mismo y que son la consecuencia de una defectuosa desintegración alimenticia. Estas últimas son las dispepsias, sobre cuyo estudio quisiera demorarme un tanto, porque es en este punto donde el desacuerdo es mayor y donde es más preciso un derrotero que sirva de base para su clasificación, en armonía con el proceso fisiopatológico, único que podrá guiarnos en la dirección de un tratamiento racional, que tiene que ser, sobre todo, un régimen alimenticio apropiado.

En la elaboración de los materiales alimenticios, que llegan al aparato digestivo, entran dos elementos: el uno, de orden mecánico, que va poniendo el bolo alimenticio en contacto con los diversos fermentos que van poniendo el alimento al estado de poder ser absorbido. Del anormal funcionamiento de cualquiera de estos factores, resultará una mala elaboración digestiva, con todas sus consecuencias, es decir, una dispepsia.

Si consideramos el elemento mecánico de la digestión, vemos que en él entran dos factores: la integridad anatómica del tubo digestivo y la regularidad del peristaltismo intestinal, regularidad que está a cargo de los plejos nerviosos digestivos. Para que se verifique correctamente el proceso digestivo, es indispensable que el aparato de la digestión esté anatómicamente correcto y que no presente obstáculo alguno al paso del bolo alimenticio, ni lo haga pasar de manera tan rápida que impida a la digestión verificarse completamente. Cualquier perturbación anatómica o cualquiera alteración del peristaltismo, puede ser causa de alteraciones digestivas, de dispepsias que pudiéramos llamar mecánicas.

Por último, viene quizás la causa más importante por el número de procesos que abarca. Se trata de la inferioridad de los jugos digestivos, con respecto al tamaño del bolo que ellos se encargan de digerir. Son éstos los procesos que pudiéramos llamar las dispepsias químicas o alimenticias.

Las dispepsias ocasionan una serie de síntomas que vale más considerar como etapas diferentes, como estados de gravedad más o menos acentuada de un mismo proceso y aún como modalidades diversas de reacción orgánica, que como entidades distintas: el vómito, la constipación y la diarrea, como la pérdida de peso, debida a la defectuosa utilización alimenticia, que va desde la hipotrofia hasta los estados que han recibido el nombre de atrofia, atrepsia o descomposición, según los autores.

El bolo alimenticio, incompletamente digerido, forma una serie de sustancias tóxicas, a la elaboración de las cuales contribuyen los mismos microbios intestinales, los que a favor del nuevo medio de cultivo que se les presenta, pasan de huéspedes inofensivos, a la calidad de agentes patógenos, capaces de intoxicar el organismo del niño; naturalmente a ésta intoxicación contribuyen los mismos alimentos, que por estar incompletamente transformados, son tóxicos al absorberse. Tenemos aquí, también una escala de gravedad, que puede ir desde la indigestión simple y pasajera, hasta la toxinfeción de Finkelstein, la diarrea de fermentación de los estadounidenses, o para emplear un término usado ya hace algún tiempo, y que le conviene quizá mejor *infección, intestinal endógena*, cuyo germen será de índole diversa, según el grupo químico que produzca la dispepsia y de acuerdo con las doctrinas de Escherich.

Detengámonos aquí un momento, para resumir en un cuadro las ideas hasta aquí emitidas sobre la clasificación de las distrofias:

Distrofias de Origen Digestivo:

A—Por infección intestinal exógena.

B—Por mala elaboración digestiva (dispepsias) 1 De orden químico, por incapacidad de los fermentos digestivos;
2 Mecánicos por mala conformación del tubo digestivo y
3 Nerviosas por alteración del peristaltismo digestivo.

II Distrofias de Origen Extradigestivo:

A—Por anormalidad congénita o adquirida, especialmente de los procesos endocrinos. (Quedan aquí comprendidas las distrofias por deficiencia congénita de la constitución de Czerny y Keller y así mismo, otras como el raquitismo etc.)

B—Por insuficiencia alimenticia, cualitativa o cuantitativa, hipoalimentación cualitativa o cuantitativa, (enfermedades por carencia).

C—Por infección parenteral, congénita o adquirida. (Quedan aquí comprendidas las dispepsias orgánicas.)

Hasta aquí la clasificación se asemeja un poco a la de Czerny y Keller, porque ambas consideran los procesos por sus causas; pero la actual clasificación difiere en que considera esas causas, en *armonía con el proceso fisiológico de la nutrición*.

Las distrofias producidas por infección parental congénita o adquirida producen la alteración nutritiva, por tres mecanismos, ya impidiendo la absorción por la llegada de los gérmenes infecciosos hasta el canal digestivo, ya por disminución de los fermentos encargados de elaborar el alimento, produciendo así una dispepsia que pudiéramos llamar orgánica cuando se trata de enfermedades crónicas (como cuando se trata de anomalías congénitas del desarrollo) ya produciendo una deficiencia de asimilación celular.

Clasificación de las Dispepsias Químicas

Volviendo a las dispepsias llamadas químicas, porque implican una desproporción entre el alimento y el fermento que se encarga de digerirlo, desproporción por deficiencia del fermento, observamos en la práctica que, el régimen alimenticio apropiado—núcleo de todo tratamiento accional de estos trastornos—, varía en proporciones considerables, hasta el punto de que el que cura a un enfermito, puede ser desastroso para otro. De aquí el desacuerdo, cuando se trata de fijar el grupo químico que produce el estado dispéptico en los lactantes.

Se está de acuerdo, por una parte, en que las materias amiláceas, producen una parte de trastornos digestivos; lo reconoce Marfan y con él toda la escuela francesa; los coloca Czerny en su clasificación entre los “trastornos digestivos, *ex-alimentaciones*” y en general, los reconocen todos los autores y todas las escuelas.

Se reconoce, por otra parte, desde tiempos remotos, que la leche, aún la leche de mujer, pero sobre todo, la de vaca y otros animales, es responsable de otra clase de dispepsias, quizás más importante, que Marfan llama “Dispepsia de leche de vaca” o “Diarrea común de los niños alimentados con leche de vaca” y que las escuelas alemanas conocen como “Distrofias producidas por una alimentación láctea exclusiva” o como “trastornos digestivos producidos por la leche. Mas por una parte, la leche no es un compuesto químico definido; es una emulsión y una mezcla de cuerpos de diferente naturaleza química, cuya catalisis está a cargo de diferentes fermentos, que tienen acción específica para cada uno de ellos en particular.

Fué Biedert el primero que estudió las dispepsias infantiles desde el punto de vista bioquímico; para él, la causa primera de las dispepsias producidas por la leche, es la *caseína*. Estudios posteriores de Meigs, parecieron confirmar estos resultados, más luego, otros



**Una combinación que contiene
las cuatro vitaminas esenciales**

**A - B₁ - B₂ (G) y D
en dosis adecuadas.**

Cada Cápsula Contiene:

Vitaminas	o sea el equivalente de
"A" 6,200 Unidades Internacionales	3 cucharaditas de Aceite de Hígado de Bacalao
"D" 900 Unidades Internacionales	3 cucharaditas de Aceite de Hígado de Bacalao
"B₁" 45 Unidades Sherman	2 pastillas de levadura
"B₂" (G) 10 Unidades Sherman	1/2 pastilla de levadura

INDICADO
como reparador
fisiológico general,
especialmente en estados
de deficiencias
vitamínicas, que
dan por resultado
hiponutrición,
pérdida de apetito
y de peso y
debilidad general.

DOSIS: De 1 a 3
cápsulas diarias.

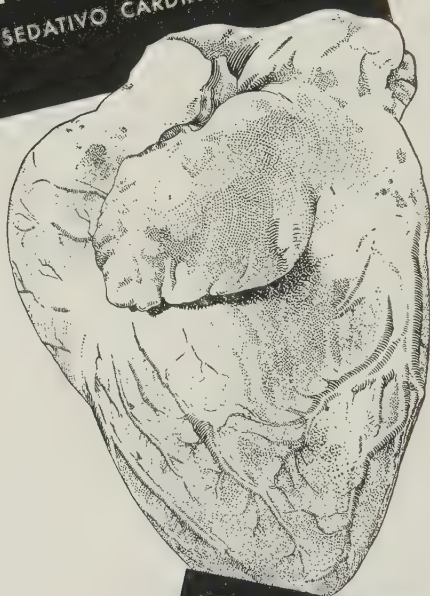


PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^e)

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALIZADOS
■

T. TOUZET
AP^{do} 468 - HABANA
■



los 2 medicamentos cardíacos esenciales

experimentadores como Wescheimer, Uffelman, Escherich y Muller, consideraron sin valor los procedimientos químicos empleados por Biedert para revelar la caseína, por tratarse de reacciones comunes a las núcleo albúminas y a los nucleoproteidos. Pero Talbot, por una parte en Boston y Uffenheimer en Munich, demostraron, casi a un mismo tiempo, por medio de la reacción de las *caseino-precipitinas*, que hay casos evidentes, de dispepsias causadas por la caseína. Y el mismo Marfan, al estudiar las dispepsias de leche de vaca, y la diarrea común de los niños alimentados por leche de vaca, parece darle cierta preponderancia a la caseína, la que produciendo putrefacciones, determinaría, por una parte, la reacción alcalina del medio y luego la insuficiencia biliar, la que sin duda es causa de la falta de absorción de las grasas y de la presencia de una gran cantidad de jabones en las deposiciones.

Para Czerny es la grasa el elemento que suele producir o desencadenar estos trastornos digestivos y la mayoría de los autores reconocen que hay una dispepsia de grasa o por lo menos, la "diarrea de grasa" y es un hecho que existen casos de dispepsia de grasa en que no hay diarrea y predomina el estreñimiento.

Finkelstein y Meyer consideran, que en la dispepsia debe tenerse en cuenta, con las mayores probabilidades, como proceso primitivo de su desarrollo, la descomposición, patológica de los hidratos de carbono y es evidente que, con la leche albuminosa de Finkelstein (*Eiweimilch*) se obtienen buenos resultados en muchos casos sabido es que la leche albuminosa, es un alimento constituido en su mayor parte por caseína.

También se ha admitido que la causa de la agresividad de la leche de vaca, estriba en las propiedades de su suero y los buenos resultados obtenidos en algunos casos con la leche albuminosa, parecen, en parte indicarlo así.

Basta con lo expuesto para poner de manifiesto la diversidad de opiniones que hay al respecto, emanadas todas de altas autoridades en la materia y todas respaldadas con estudios experimentales de autoridad indiscutible. Del estudio de todas estas doctrinas, y de la observación cuidadosa de los casos, se llega a la conclusión de que todas están en lo cierto, con tal de no darle a ninguna un alcance absoluto. Es decir que, los sistemas de glándulas digestivas de que hablé al principio, unos para desintegrar la molécula albuminoidea, otros para las grasas, otros para los hidrocarbonados, en sus diferentes especies, pueden sufrir alternaciones y causar tantas especies

de dispepsias, cuantos grupos químicos entran en la alimentación del niño; clases de dispepsias que se encuentran a menudo aisladas, que suelen a veces asociarse, pero casi siempre esta combinación es secundaria y es solo una la causa inicial. Esta parte de la clasificación de los trastornos digestivos del lactante, cuya iniciadora fué una escuela Norteamericana, está de acuerdo con las ideas de Escherisch, que divide los gérmenes intestinales endógenos en sacarolíticos y proteolíticos, según el medio en que se desarrollan y según que en el intestino predominen los residuos de albuminoides o de hidrocarbónados.

Podría objetarse a esta clasificación de las dispepsias, la dificultad para llegar a un diagnóstico preciso, en cada caso en particular. Hay algo de verdad en esto; puesto que se trata de procesos complicados que no podría llegarse al diagnóstico por procedimientos de una sencillez primitiva, sino por el empleo de una observación clínica cuidadosa acompañada de recursos apropiados de investigación. Más el asunto no es tan difícil como a primera vista parece y un clínico medianamente sagaz, puede llegar a dominar el problema con relativa facilidad.

Lo primero que hay que averiguar es si se trata de un caso de dispepsia o de una enteritis o infección intestinal o de un caso de diarrea nerviosa, extremadamente raro, por lo demás. Averiguar luego si se trata de una mala conformación del tubo digestivo o de un espasmo del píloro, en el caso que se trate de vómitos y por último investigar la causa de la dispepsia, si se trata de una dispepsia orgánica, producida por una enfermedad infecciosa, como la sífilis o de una dispepsia alimenticia ocasionada por un defecto en la proporción del alimento; ya por exceso en alguno de los componentes, ya por que durante un tiempo largo se haya dejado de dar uno de estos componentes y no habiéndose excitado las glándulas que secretan el fermento, con el alimento mismo que ellas se encargan de digerir, que es el excitante natural y no habiéndolo hecho de manera paulatina, se produce una dispepsia por insuficiencia de fermentos.

Es necesario hacer el examen microquímico de la deposición muy sencillo de practicar y que dá preciosas enseñanzas, cuando no hay diarrea. En este último caso, la exageración del peristaltismo, puede expulsar toda clase de productos incompletamente digeridos, por que los fermentos no han tenido tiempo de obrar sobre ellos y por la rapidez de su paso no ha permitido su absorción. Pero aún así,

sirve de mucho hacer una comparación, aunque no precisa ni ajustada a cantidades determinadas, pero al menos aproximada, entre la ración alimenticia y la cantidad relativa de determinado elemento en la deposición. Por último, la ración alimenticia del niño, cuidadosamente estudiada, por medio de estos análisis.

De esta manera llegaremos a establecer una alimentación racional y curativa del estado dispéptico, a favor de modificaciones, según la tolerancia individual y no con fórmulas preconcebidas y sistemáticas, que así pueden curar, como ocasionar un grave daño.

La especialidad es a veces, tan marcada, que se logra curar una dispepsia de azúcares, por ejemplo, sin suprimir y aún sin disminuir éstas, con sólo cambiarlo por otro azúcar; cosa semejante sucede con los amiláceos y aún con las grasas y con las albúminas; porque si se cambia la caseína por albúminas del suero de leche, puede curarse una dispepsia de caseína, sin privar al organismo de su necesidad fisiológica de albúminas (1).

Volviendo a la clasificación de distrofias en general, puede hacerse a la que he desarrollado, la objeción que se ha hecho a las que no tienen por guía un síntoma o un conjunto de síntomas; sino el origen mismo de las distrofias: que varias causas suelen colaborar en la producción de estos estados morbosos. Se puede observar y se observa con frecuencia, un enfermo atacado de una distrofia del metabolismo intraorgánico, con una dispepsia, al mismo tiempo, pero este último fenómeno es casi siempre secundario, es decir, consecutivo al trastorno metabólico, como es secundario el enflaquecimiento y aún las alteraciones de las secreciones internas, que se observan en las dispepsias que he llamado químicas. De la misma manera la insuficiencia alimenticia, principia por producir una simple disminución ponderal y acaba por una dispepsia consecutiva a la falta de uso de los órganos.

RESUMEN

La clasificación de las afecciones digestivas del lactante, ha sido asunto en el cual no han podido ponerse de acuerdo los pediatras: la escuela alemana, basándose en principios fisiopatológicos, ha sustituido el concepto de "afecciones digestivas" por el de afecciones de la nutrición, de donde el concepto de *distrofias*. Pero dentro de

(1) Véase C. Torres-Umaña, *Problemas de Nutrición Infantil*, París 1924.

él, tampoco se han podido poner de acuerdo los pediatras: Mientras que la escuela de Finkelstein hace una clasificación clínica, la escuela de Czerny hace una clasificación etiológica. La escuela de Finkelshtein, peca por ser un poco complicada y porque engloba dentro de un sólo proceso, síndromes que requieren tratamientos diferentes. La escuela de Czerny está más de acuerdo con la realidad de la práctica, pero engloba los síntomas distintos en un concepto demasiado general; además al considerar las causas, no tiene en cuenta la patogenia, propiamente, es decir, el proceso fisiológico. Por ejemplo, una dispepsia de amiláceos, puede tener un origen alimenticio o puede ser producido por causa orgánica.

He considerado que, para hacer una clasificación racional, deben tenerse en cuenta las causas, pero relacionándolas con el proceso fisiológico de la nutrición.

Así la clasificación actual, propone una división de las distrofias, en *extradigestivas* y *digestivas*. Subdivide las primeras en: A) Por anormalidad congénita o adquirida. B) Por insuficiencia alimenticia cualitativa o cuantitativa y C) Por infección parenteral, congénita o adquirida.

En el grupo "A" y en el "C" quedan comprendidas las dispepsias orgánicas y en el grupo "B" las enfermedades por carencia. Además en el grupo "A" quedan comprendidas las enfermedades que como el raquitismo pueden no ser consideradas como enfermedad por carencia alimenticia.

Las distrofias *digestivas* pueden ser producidas por mala conformación anatómica del tubo digestivo o por alteraciones del peristaltismo y tenemos entonces las dispepsias mecánicas; por inferioridad de los jugos digestivos en relación con el alimento y entonces tenemos tantas clases de dispepsias, como grupos químicos entran en la alimentación. Tendremos entonces las dispepsias químicas. Por último, en las distrofias *digestivas*, hay que considerar las infecciones exógenas, por oposición a las producidas por las dispepsias mismas, que se llaman endógenas. Las primeras, son producidas por gérmenes venidos de fuera del tubo digestivo; las segundas, por gérmenes que moran dentro del mismo intestino. Además, dentro de la primera clase de distrofias o *extradigestivas* o del metabolismo intra-orgánico, hay las infecciones intestinales producidas por una enfermedad general.

CELUXIDAL

es un poderoso activador de la oxidación celular; sus propiedades son por lo tanto las de la respiración interna o sean: energéticas, de restauración y crecimiento celular, de desintoxicación

ES UN VERDADERO RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Caja de 8 amp. de 2 cc.

Caja de 10 amp. de 2 cc.

Caja de 16 amp. de 2 cc.

I O D A R S O L O

El primer preparado de yodo y arsénico. Elixir: sabor agradabilísimo
Inyectables: no dolorosos inyectados profundamente en las nalgas.

Z I M E M A

Hemostático fisiológico — todas las hemorragias.

Cajas de una ampolla de 5 cc. — Cajas de 2 ampollas de 3 cc.

Por vía subcutánea o intramuscular.

A G L I C O L O

Diabetes y Glicosurias.

15 gotas antes de cada comida ó 2 tabletas antes de cada comida

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO BALDACCI - PISA

AGENTE EN CUBA:

RICARDO G. MARÍÑO — Apartado 1096 — HABANA

TELEFONO U-1736

PRODUCTOS INGLESES
Laboratorios GLAXO (Inglaterra)

GLUCOSE - D

GLAXO

Alimento de las células orgánicas.
Suministra inmediata energía por
simple osmosis. Acción sedante
por su glicerofosfato y fijador D.

-- De uso por Excelencia en: --
afecciones cardiacas y hepáticas -- procesos febriles -- anestesia -- vómitos acetonémicos --
aparatos digestivo y respiratorio.

AL PRESCRIBIR ESTE PRODUCTO ESPECIFIQUE: "GLUCOSE - D, GLAXO

FERSOLIN

Tabletas sulfato ferruginoso, cobre, manganeso.

Acción sumamente efectiva en el tratamiento
de todas las deficiencias de hierro: anemia hipocrómicas,
ferriprivas y microcíticas.

Perfecta dosificación en todas las edades.

PROFILACTICO ANTI-INFECCIOSO MAXIMO EN LACTANCIA

Tres Gotas **ADEXOLIN** En cada Toma

ASOCIACION ESTANDARDIZADA VITAMINAS A & D.

Sobre Deshidratación Celular en el Lactante ⁽¹⁾

POR C. TORRES-UMAÑA

Bogotá, Colombia.

No pretendo exponer en este artículo grandes ideas originales; mi propósito ha sido enfocar el problema en sus principales doctrinas adaptándolas a lo que según mi criterio personal se acerca más a la verdad, y completándolas con lo que la experimentación personal y la experiencia me ha enseñado.

El agua representa el medio en el cual se realizan todos los actos químicos de la vida. Es élla la que transporta, ya bajo la forma de soluciones (cristaloides) o de simples suspensiones (coloides) los elementos ofrecidos a los tejidos; la que sirve de vehículo a todos los materiales que el organismo elimina como despojos de la nutrición y contribuye a la regularización del calor ya bajo la forma de transpiración por la piel, ya eliminándose por los pulmones bajo forma de vapor de agua; e interviene, por último en muchas reacciones químicas verificadas por el organismo, de hidratación y de hidrólisis.

Se concibe por esto la importancia que tiene el agua para el organismo. De aquí que un 60% del cuerpo del adulto esté compuesto de agua y en el niño, ésta proporción se eleva al 70%. Se concibe pues que la vida sea imposible sin el agua y que ésta sea de todos, el elemento más indispensable para la vida.

El organismo del niño es más sensible a los cambios de hidratación y de deshidratación que el organismo del adulto. Así bajo la influencia de trastornos nutritivos pierde con facilidad agua y se deja más fácilmente embeber por el agua y producir edemas. “Como

(1) Trabajo remitido por el autor para la Sección de Pediatría del VII Congreso de la Asociación Médica Panamericana, celebrado en la ciudad de la Habana el día 18 de enero de 1938.

todos los tejidos jóvenes, dice Fenkelstein, el del lactante sólo presenta una armazón orgánica relativamente reducida que al retener una cantidad de agua múltiple de su peso se encuentra en un estado enorme de imbibición, esta imbibición determina la marcada turgencia que es un importante signo de salud, pero además, guarda relación íntima con todos los demás procesos de la asimilación; lo mismo que en la planta la imbibición de la membrana celular crea la amplitud y el estímulo para la formación de nuevos micelas y con ello para el desarrollo y multiplicación de las células. También en el lactante tiene que desempeñar un papel decisivo en los procesos del desarrollo histológico la elevada presión de imbibición."

La deshidratación se traduce en el niño por síntomas de todos conocidos: Pérdida de la elasticidad de la piel, con la cual se pueden formar pliegues que no se borran instantáneamente, como sucede con el niño normal, la depresión de la fontanela, la sequedad de la lengua, el cabalgamiento de los huesos del cráneo, cuando la deshidratación es muy avanzada y todos los síntomas de la atropsia y de la hipotropsia o de la descomposición que son de todos conocidos.

El metabolismo del agua como todos los metabolismos, está sujeto a las leyes generales del aporte y de la eliminación, que al estado normal, forman un balance equilibrado, de modo que la deshidratación vendrá: 1º Por falta de aporte como sucede en los casos en que la ración alimenticia de agua está por debajo de las necesidades fisiológicas, caso raro en verdad y en vómitos muy frecuentes. 2º Por exceso de eliminación como sucede en la diarrea, en los casos de polipneía, en que hay un exceso de eliminación de vapor de agua por el pulmón, cuando hay un aumento de la transpiración cutánea y en casos excepcionalísimos podría haber su superpérdida de agua por poliuria. 3º Por una falta de utilización de agua por las células, que no la asimilan, a pesar de una provisión normal y de no producirse una pérdida considerable de este elemento.

Las dos primeras causas se explican por sí solas; no así la tercera alrededor de la cual se han edificado varias teorías.

En efecto el niño bajo la influencia de trastornos nutritivos, pierde la facultad de fijar el agua aún cuando se le suministre la cantidad requerida o mayor. Los estados de desnutrición conocidos con el nombre de atropsia o de descomposición, por las escuelas Francesa y Alemana, determinan con un período de deshidratación y las perturbaciones nutritivas, producidas por las infecciones, suelen pro-



Edificio de las Oficinas Principales y Parte de la Nueva Planta
Kalamazoo, Mich.

THE UPJOHN COMPANY

Manufactureros de Productos Farmacéuticos Superiores

LABORATORIOS EN KALAMAZOO, MICHIGAN, E. U. A.

Sucursales:

New York

San Francisco

Kansas City

Cleveland

Atlanta

Memphis

Dallas

Oficina Canadense: Toronto, Ontario

ACEITE DE HIGADO DE BACALAO SUPER D

EL ACEITE

EL CONCENTRADO

LAS PERLAS



Tres Productos de
Aceite de Hígado de Bacalao
Súper D

2 Perlas equivalen a 18 gotas del Concentrado o a 3
cucharaditas del Aceite

Selecciónese el más apropiado

Todos estos productos son iguales

Todos son Súper D

THE UPJOHN COMPANY

Laboratorios en Kalamazoo, Mich. Oficinas de Exportación

No. 40 Seventh Avenue South, New York, E. U. A.

ducir también la pérdida orgánica del agua. Aún cuando con aporte suficiente y sin una eliminación anormal sino por incapacidad de las células para asimilarla.

¿A qué se debe esta anomalía orgánica? Finkelstein anota en su tratado sobre las *Enfermedades del Lactante* el hecho de que existen constituciones hidroestables y constituciones hidrolábiles.

Si consideramos los elementos que determinan una mayor afinidad por el agua, tenemos las sales, sobre todo el cloruro de sodio, el que por efectos de tensión osmótica es hidrófilo y cuando el organismo lo retiene en mayor cantidad atraerá una mayor cantidad de agua.

Pero aparte de estos fenómenos físicos de imbibición, existen factores químicos de combinación; combinación que es el efecto, en primer lugar, de los coloides celulares. En efecto, los factores que determinan un aumento o disminución de la hidrofilia de cada tejido, depende de la hidrofilia de sus coloides. Los proteicos de los cuales está formada la célula, son coloides hidrófilos. Pero hay cuerpos que producen una regularización de la asimilación del agua. Entre los primeros están los hidratos de carbono, que contribuyen a aumentarla. Las grasas no son misibles al agua así el tejido adiposo disminuye la hidratación. Más por el contrario la hidrofilia de los medios es considerablemente aumentada por los lipoides, especialmente por la colestestina. De la misma manera las vitaminas favorecen la provisión de agua de las células. Y naturalmente, las sales que contribuyen a la imbibición, las sales de sodio sobre todo, activan la hidratación, como las sales de calcio se oponen a la hidratación y a la deshidratación excesivas.

Todas las materias alimenticias contribuyen pues a la hidratación y por consiguiente este proceso celular es función de la asimilación celular de los productos que entran en la alimentación. Cualquier trastorno que tienda a disminuir la asimilación, puede ser factor de deshidratación. Más ¿por qué este proceso de hidratación y de deshidratación es más activo en el niño?

En primer lugar, porque el niño tiene aún imperfectamente constituidas las funciones del metabolismo, tanto más cuanto más joven sea. Luego, porque el niño necesita más agua que el adulto, toda vez que el organismo de aquél, es proporcionalmente más rico en agua y por último porque el metabolismo del niño es más activo que en el adulto y ésto por tres razones fundamentales: porque el niño

necesita crecer, porque según la ley de Richet las pérdidas de calor están en razón directa de la superficie y ésta es mayor, en relación con el peso, para los cuerpos pequeños; de manera que el niño para mantener su temperatura constante, debe quemar proporcionalmente más substancia. Por último porque en el lactante la desasimilación es más activa que en el adulto.

La deshidratación celular en el niño es un defecto de asimilación, un trastorno del metabolismo es decir, un estado patológico de la nutrición, tanto por que al disminuir la asimilación se disminuyen las substancias hidrófilas de las células, como porque el agua que más eficazmente se asimila, es el agua de deshidratación que se desprende de los distintos cuerpos en el curso de su catabolismo; el agua que se ofrece, por decirlo así al estado naciente a las células; y esta agua constituye un factor no despreciable, toda vez que la caseína da en el curso de su catabolismo el 40% de su volumen de agua, los hidratos de carbono representados por la glucosa, 60% y las grasas, por el ácido palmítico el 18%. Esta es, posiblemente, la causa de que se produzca pronto la deshidratación en los vómitos incoercibles a pesar de inyectar agua.

Cualquier causa de distrofia constituye una causa de deshidratación; pero hay niños que pierden su agua más fácilmente que otros y en este sentido la clasificación de Finkelstein en hidroestables e hidrolabiles, está muy puesta en razón pero todos los niños pueden llegar a ser hidrolabiles, por trastornos más o menos avanzados de la nutrición. Tienen razón, pues el Profesor Burghi y el Dr. Guerra, cuando afirman que existe la hidrolabilidad adquirida.

Entre los hidrolábiles de Finkelstein, están en primer lugar los recién nacidos, en los cuales existe una hidrolabilidad especial que debe considerarse como una de las imperfecciones de los mecanismos reguladores del metabolismo, característicos del primer trimestre de la vida: En segundo lugar, hay niños en los cuales esta hidrolabilidad se sostiene hasta el final del primer año. "Se trata, dice el mismo Finkelstein, de una persistencia de las anomalías funcionales histológicas que caracterizan las primeras semanas". La frecuencia con que se combinan aún manifestaciones raquílicas eczematosas, espasmofílicas hiperplasias linfáticas, contribuyen a afirmar el origen patológico de la hidrolabilidad. Son estos niños en los cuales los procesos metabólicos se encuentran débilmente constituidos y se alte-



ASCLEPIOS

*Injectable
anticatarral*

LABORATORIOS "ASCLEPIOS" DRS. SUQUET y HERNANDEZ COTO
San Lázaro 305 D, Habana. Tel. U. 5575

Laboratorios Asclepios

DIRECTORES:

DR. MIGUEL SUQUET

DR. JOSE HERNANDEZ COTO

SAN LAZARO, 305-D

TELEFONO U-5575 — HABANA

Gaducal Asclepios

Elíxir a base de Hipofosfitos, de
Calcio, Manganese y Hierro, Malta y
Gaduol con alta concentración en
— — Vitaminas D. — —

Otras Preparaciones de los Laboratorios ASCLEPIOS:

BOROGLISOL: Gargarismos antisépticos.

GADUCAL: Tónico Reconstituyente.

CALCI-IODOL: Recalcificante.

LUXOFENIL: Baños oculares.

OXI-EGADOL: Inyectable antcatarral.

ARSENO-LANGHAN: Estimulante general.

ELIXIR DIGESTIVO: Digestivo.

VAGIPICROL: Lavados vaginales.

ran con más facilidad que en los organismos en estado fisiológico, que son los llamados por el autor citado, los *hidroestables*.

La experiencia nos enseña que los individuos afectos de hidro-labilidad, son, además de los atacados de los procesos citados por Finkelstein, los débiles congénitos, los atacados de infecciones crónicas sobre todo de sífilis y de tuberculosis, los atacados de taras hereditarias, los hijos de alcohólicos o de intoxicados de cualquier naturaleza, aquellos en quienes la nutrición se afecta por vivir en malas condiciones higiénicas, en habitaciones insalubres, mal aireadas. Sobre la alimentación deficiente ya tendré ocasión de volver.

Entre las causas que impiden al alimento llegar hasta las células orgánicas para ser absorbido, hay que anotar en primer lugar la deficiencia alimenticia cuantitativa, por insuficiencia de calorías en la alimentación, de acuerdo con la edad, el peso, el estado de nutrición, el mayor o menor grado de actividad del niño, ya cualitativa por insuficiencia de cualquiera de los elementos que deben entrar normalmente en la alimentación. Entre estos elementos es preciso anotar la necesidad mínima de albúmina, una ración suficiente de hidrocarbónados y una proporción conveniente de vitaminas. En segundo lugar los estados dispépticos que debilitan la capacidad digestiva y producen diarreas que impiden la absorción. Por último las infecciones de las vías digestivas.

Las enfermedades infecciosas en general pueden producir la desnutrición; por la disminución de los fermentos encargados de la elaboración digestiva, la cual produce la anorexia simple o estados dispépticos más avanzados. Entre estas enfermedades encuentran Burghi y Guerra la otitis latente y la difteria; como que producen especialmente la deshidratación celular, pero son sobre todo las enfermedades crónicas, especialmente la tuberculosis, las que originan este fenómeno.

La falta de absorción digestiva y su consecuencia inevitable, la falta de asimilación celular, es pues factor de deshidratación, porque el metabolismo intraorgánico, la función zimógena de las células, priva a éstos de su material hidrófilo y priva el organismo del agua de deshidratación catabólica de los materiales alimenticios.

Pero además de éstos hay otros elementos de deshidratación que es preciso tener muy en cuenta: La acidosis; la acidosis que proviene por una parte, de la autofagia a que se vé obligado el organismo carente de materiales alimenticios venidos de fuera y la que produce

una cantidad considerable de ácidos por descomposición de albúminas y de núcleo-proteídos. Por otra parte hay un aumento en la eliminación de las sales cuya sustracción, al mismo tiempo que produce una disminución de la imbibición, contribuye a aumentar la acidosis.

Ahora bien: según los experimentos de Fischer, el ácido contribuye a la imbibición, porque si se introduce un gastroenemiano de una rana en una solución de ácido clorhídrico al 0.1 por mil absorbe 186 por ciento de su peso de agua en término de cuatro horas en tanto que si se le sumerge en agua pura, fija solo 41 por ciento de su peso en el mismo tiempo. Pero Hoff ha llegado a demostrar que la acidosis produce una deshidratación, como la alcalosis, una hidratación. Los experimentos de Schade han demostrado que la imbibición del tejido conjuntivo sigue exactamente el proceso indicado por Hoff. Los experimentos de Preus sobre 118 diabéticos acidóticos parecen concluyentes a este respecto.

Es muy posible que en el experimento de Fischer, intervenga el factor del ion cloro y que lo que pasa con el ácido clorhídrico, no sucede con los demás ácidos. Y hay por último casos de niños debilitados por algún proceso dis péptico, cuyo intestino puede dejarse atravesar por albúminas incompletamente digeridas. Moro y Bauer han visto que el suero de la sangre de estos niños, tiene a veces la propiedad de precipitar la leche de vaca. Lust, Schloss, sirviéndose de precipito-reacciones han demostrado que la pared intestinal puede dejarse atravesar sin haber modificado las albúminas. Cuando se altera, pues la función digestiva, como cuando se disminuye o se suprime el alimento, el metabolismo intracelular no encontrando sobre qué obrar, tendrá necesariamente que disminuirse o suprimirse y se disminuirá, naturalmente la función asimiladora del agua.

Si se restablece la función digestiva, como si se vuelve a dar alimento, la función celular asimiladora se reinstalará, pero en raros casos este proceso puede tardar en reestablecerse y aún no recuperarse totalmente, pues en todo órgano un debilitamiento o abolición de la función puede venir por falta de uso, sobre todo cuando el organismo está atacado de alguna tara orgánica que debilite su metabolismo; y en este caso, puede haber una desproporción entre el proceso digestivo propiamente dicho y el metabolismo intraorgánico; no siempre existe entre éstas dos funciones un absoluto paralelismo. Así vemos niños cuya digestión se verifica normalmente o casi normalmente y sin embargo, no hay asimilación no aumentan de peso y

tienden más bien a disminuir. Son éstos, los verdaderos atrépsicos de Parrot, en los que hay siempre un proceso de deshidratación.

Falta saber por qué en los niños alimentados al seno, se produce tan rara vez la distrofia avanzada, la descomposición o la atrepsia. Entre las causas más importantes para la producción de la hipotrepsia y sobre todo la atrepsia, coloca Marfán la privación del seno materno en los primeros meses de la vida. En efecto, el niño alimentado al seno no llega a la atrepsia incurable sino cuando está atacado de alguna enfermedad crónica, o cuando se le sostiene mucho tiempo con una ración alimenticia demasiado escasa, pues aunque sufra en su nutrición por una ración alimenticia insuficiente o por falta del poder vitamínico de la leche materna, vuelve fácilmente al estado normal, cuando se le suministra leche humana en suficiente cantidad o cuando se le da a la madre una ración alimenticia apropiada, rica en vitamina sobre todo.

Como causa de este poder nutritivo de la leche humana, anota el sabio francés citado, la presencia en ellas de fermentos y de hormonas específicas que activan la asimilación y trae en apoyo de esta teoría, argumentos que son muy de tenerse en cuenta, referentes sobre todo a la presencia de fermentos y de hormonas cuya existencia se ha comprobado en la leche. Sin desconocer la influencia que puedan tener estos fermentos y estas hormonas en la asimilación de la leche materna, es preciso darle una gran importancia a su composición que la hace más digerible y más asimilable.

Es evidente que existen para cada niño, capacidades digestivas individuales y que el alimento materno está más adaptado, químicamente a las mayores exigencias de esta elaboración individual. Y al decir químicamente no solamente se entiende la proporción en que los diferentes elementos químicos, entran en la composición del alimento, cosa que sería fácil de corregir, sino que, además, hay que considerar la calidad de cada uno de éstos elementos. En efecto, la caseína, tiene una composición distinta en la leche de las distintas especies zoológicas. La caseína de la leche de vaca, por ejemplo, se coagula en coágulos más grandes en el estómago, que la caseína de la leche de mujer. La mantequilla de la leche de vaca es más rica en ácidos volátiles, como el ácido butírico, irritante para las vías digestivas del lactante y además, la emulsión de las grasas es más fina en la leche humana. La mayor proporción de materia proteíca, está en la leche humana en la forma de proteídos del suero 'lactabúmina y

lactoglobulina) y en la forma de caseína en la leche de vaca y por último, la calidad y la proporción de ácidos aminados es diferente en la leche de vaca y en la leche de mujer. De modo que la composición de las albúminas de la leche de mujer, debe estar más de acuerdo con las albúminas humanas.

Y si es verdad que la proteolisis catabólica consiste en una demolición más o menos profunda del edificio molecular de las albúminas seguida en la mucosa intestinal, en el hígado y en el interior de las células orgánicas, de una reconstrucción de las proteínas específicas para el organismo asimilador, esta reconstrucción implica un desperdicio tanto más considerable, cuanto más se alejen las albúminas ingeridas de las albúminas específicas. La reedificación debe hacerse, en efecto, por la ley del mínimun; es decir, que la proporción entre los diversos productos de la catálisis, que pueden ser empleados en la construcción del nuevo protéico, debe regularse según aquél cuyos fragmentos están más en armonía con la albúmina que se va a reconstruir, la albúmina específica; de modo que la cantidad de desperdicios será tanto mayor cuanto más se aleje la albúmina catabolizada de la albúmina específica. Los experimentos de Busqué, a este respecto, confirman plenamente esta teoría anunciada por Ardenhalden.

Estos datos relativos a la asimilación azoada, permiten la fácil comprensión de hechos muy conocidos en fisiología nutritiva entre los que hay que tener en cuenta, la variabilidad de la necesidad de albúmina, según que el alimento ingerido se aproxime o se aleje más de las proteínas específicas.

Por tanto es natural suponer que la leche de mujer está más en armonía con la nutrición del niño, que la leche de cualquier otro animal, con mayor razón tratándose de un organismo tierno, cuya capacidad de asimilación no está adaptada para las albúminas no específicas.

Todas estas razones son las que me inducen a darle grande importancia a la composición química de la leche de mujer, para considerarla desde este punto de vista, como alimento más adaptable a la digestión del niño y para explicar de esta manera, porque los niños alimentados al pecho rara vez llegan a un estado de distrofia avanzada y por consiguiente, rara vez llegan a la deshidratación.

CEREGUMIL

**ALIMENTO COMPLETO
A BASE DE CEREALES
• Y LEGUMINOSAS •**

**Especial para niños, ancianos,
enfermos del estómago y conva-
lecientes. . . . Insustituible como
alimento en los casos de intolerancia
gástrica y afecciones intestinales. . . .**



EL CEREGUMIL

constituye el ali-
mento más rico en
vitaminas; contiene
principalmente la
vitamina B y la vi-
tamina A, reclama-
das por el funcio-
namiento normal
del organismo.

Muestras y literatura a dis-
posición de los señores mé-
dicos que las soliciten del

Sr. Paulino Vinuesa

Tel. M-1304

Apartado 1776

HABANA

**LABORATORIOS
FERNÁNDEZ Y CANIVELL
MÁLAGA-ESPAÑA.**

Para administración oral en el tratamiento de
las Infecciones Estreptocócicas Hemolíticas —

SULFANILAMIDA

(Paraaminobenzenesulfonamida)

Las Indicaciones Terapéuticas incluyen —sepsis puerperal aguda; erisipela; tonsilitis; y las complicaciones imputables al estreptococo hemolítico en la escarlatina, la fiebre reumática y el sarampión.

Los informes clínicos rendidos indican que este medicamento puede resultar valioso para infecciones de otros tipos, sobre todo las meningocócicas.

La droga se excreta con rapidez—parcialmente en forma acetilada en la orina—y está indicada una dosis diaria para el mantenimiento durante algunos días.

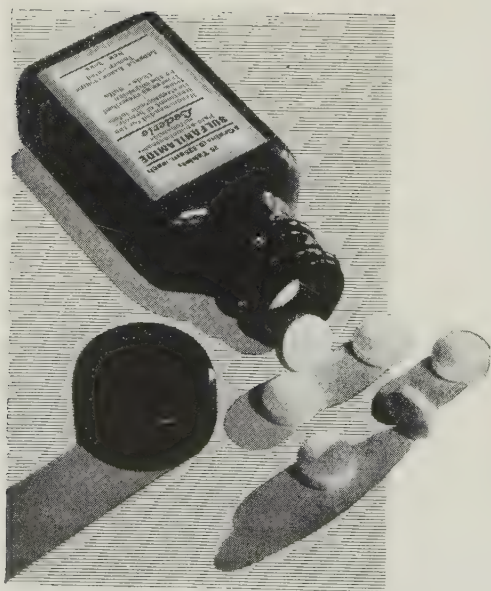
La dosis sugerida es no menos de 5 granos (0.325 gramo) por cada 20 libras de peso corporal durante las primeras 24 horas del tratamiento. Repítase un segundo día si es necesario y después se puede dar la mitad de esa cantidad para mantener una concentración eficaz en la sangre.

El nombre "SULFANILAMIDA" fué sugerido últimamente por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana como más conveniente para designar la paraaminobenzenesulfonamida.

ENVASES: Frascos de 25 y 100 Tabletillas 5 granos (0.325 gramo) cada una.

LEDERLE LABORATORIES Co.

APARTADO 509. HABANA



SULFANILAMIDA

Lederle

Estudios de los Emunctorios y de los Cambios

Orinas.—El estudio de las orinas de los niños atrépsicos, hecho por Parrot y por Alberto Robin, ha sido confirmado en la mayor parte de los experimentadores posteriores.

La cantidad de orina no se modifica. La cantidad de sales, especialmente los cloruros y los fosfatos está aumentada. La cantidad de úrea está también aumentada, lo que está en armonía con la integridad de las funciones hepáticas de que hablaré luego. Algunas veces se encuentra aumentado el ázoe amoniacal y los ácidos aminados como consecuencia de la acidosis de que se habló atrás. En los períodos finales, se encuentra aumentado el ácido úrico y las purinas, lo que se debe al exceso de destrucción de nucleoproteídos. La acetonuria suele encontrarse en algunos casos. La indicaturia está ausente si no hay diarrea.

Con bastante frecuencia he encontrado en los niños deshidratados, la albúmina en las orinas, generalmente no acompañada de cilindros granulosos o hemáticos.

Deposiciones.—Cuando no existe la diarrea en cuyo caso existen toda clase de deposiciones normales, las deposiciones adquieren el aspecto pastoso de mastie característico de las deposiciones jabonosas; otras veces adquieren un color blanco acólico o son amarillas, ácidas. En la mayoría de los casos se encuentra grasa en abundancia, bajo diferentes formas; ya se trate de ácidos grasos o de grasas neutras, ya de jabones, ya de todas las formas a la vez. En todo caso hay evidencia de que estos deshidratados no utilizan las grasas. Tal ha sido mi experiencia personal. En algunos casos, he encontrado caseína en distintas proporciones. Los hidrocarbonados son generalmente bien tolerados.

Los pigmentos biliares, se encuentran algunas veces disminuídos; existen entonces en las deposiciones, pequeñas cantidades de bilirubina y biliverdina; la estercobilina está generalmente ausente.

En resumen, pués, no existe un tipo especial de deposiciones en los deshidratados sino tal variedad de deposiciones, como variedades de dispepsia existen. El tipo más frecuente, sin embargo, es el de la deposición jabonosa, con pequeñas cantidades de caseína.

Capacidad Hepática.—El señor Telmo Echeverri, interno de mi servicio, quien hace actualmente una tesis sobre capacidad hepática

en Bogotá, ha demostrado en algunos casos de deshidratación, que la prueba de la galactosa y la eliminación del rosa de bengala son normales.

Sangre.—En los estados avanzados de deshidratación se encuentra un número mayor de glóbulos rojos y de hemoglobina, lo cual se debe a la mayor concentración de la sangre.

Nobecourt, Bidot y Maillet, haciendo análisis, de líquido céfalo-raquídeo, que según Widál, contiene la misma proporción de úrea que la sangre, han encontrado una azoemia en 86 por ciento de los casos de atrepsia, menores de cuatro meses. Yo no he podido verificar esta aseveración, en un corto número de casos en que he practicado la azoemia en la sangre.

La causa de esta azoemia no sería debida a lesión renal, puesto que la orina contiene un exceso de úrea y el riñón está generalmente intacto en los atrépsicos, sino a la autofagia que traería un exceso de transformación de material proteíco.

Cambios respiratorios.—El estudio de los cambios respiratorios es muy difícil en el lactante a causa de que es imposible mantenerlo tranquilo. Yo he intentado practicarlos en un gran número de veces, pero siempre con resultados poco satisfactorios.

Es muy posible que en los deshidratados haya mayor cantidad de agua eliminada por el pulmón y así parecen confirmarlo las investigaciones de Borino. El ácido carbónico exhalado debe estar disminuido y disminuido también el oxígeno absorbido, lo que está en relación con la disminución de las combustiones consecutivas al débil aporte de materia que se ofrece a las células orgánicas y que se traduce en la baja de la temperatura, que se observa también.

Tratamiento

Consideraré, en primer lugar, la profilaxis de los estados de denutrición y pasaré luego al tratamiento de estos estados o estados distróficos, mas teniendo en cuenta los conceptos de hipotrepsia ligera, hipotrepsia avanzada y atrepsia, tal como los considera Marfan, en primer lugar, por que la palabra *Atrepsia* indica un término específico para determinar la hiponutrición del niño, no así la palabra *Atrofia* que indica una disminución de nutrición en general, con reducción de volumen de cualquier órgano y además, porque las palabras hipotrepsia y atrepsia, tal como las entiende Marfan, deter-

minan estados claramente delimitados por un criterio indicativo de denutrición, como es la desaparición de la grasa en las distintas partes del cuerpo, criterio muy de acuerdo con la realidad de los hechos. Sólo que en mi sentir, el concepto de atrepsia no debe limitarse a los cuatro meses como lo hace la escuela francesa.

Así Marfan considera que la grasa principia a desaparecer por el abdomen, luego desaparece del tronco (al principio del pecho luego la espalda y después de la región lumbar). Después desaparece de los miembros (primero de los superiores, después de los inferiores, después de las nalgas). Por último desaparece de la cara (primero de la frente, después de las mejillas y de la barba.

Estos estados dan lugar a tres estados de distrofia: 1º La hipotrepsia ligera o de primer grado, en el cual el panículo adiposo es conservado pero disminuido, sobre todo en el vientre y el tronco. 2º La hipotrepsia grave o de segundo grado, en el cual la grasa ha desaparecido en algunas regiones del cuerpo, sobre todo en el abdomen y el tronco, pero se conserva aún, aunque delgado en los miembros y en la cara. 3º La atrepsia que marca el tercero y último grado de la denutrición que termina por la desaparición de la grasa en todas partes, aún en la cara, lo que determina una facies especial, característica, período de desnutrición que no se observa en ningún otro estado.

La deshidratación se presenta, generalmente en la atrepsia confirmada, algunas veces en la hipotrepsia, en los temperamentos hidrolábiles.

El tratamiento profiláctico de los estados atrépsicos, debe consistir especialmente en una buena alimentación, que debe evitar las dispepsias y los regímenes de carencia, causa principal de estos trastornos.

Como primera medida para seguir esta regla, debe fomentarse, sobre todo la alimentación materna exclusiva, hasta la edad de ocho meses, siempre que el alimento sea suficiente.

Por otra parte, deben también evitarse las enfermedades infecciosas, que suelen también ser causa de estos trastornos, sobre todo las enfermedades crónicas; la sífilis y la tuberculosis.

Cuando la hipotrepsia ligera es producida por deficiencia alimenticia cualitativa o cuantitativa, el tratamiento es de un régimen alimenticio conveniente, dando por una parte, la cantidad de calorías

necesarias, por otra suministrando todos los principios alimenticios que el organismo requiere.

Si se trata de algún trastorno dispéptico, hay necesidad de suprimir, temporalmente el alimento que está causando el daño, para luego iniciar paulatinamente dicho alimento a fin de excitar poco a poco los fermentos digestivos con su excitante natural, que es el alimento mismo que ellos se encargan de digerir.

Cuando la Hipotrepsia es producida por alguna enfermedad infecciosa, el tratamiento se confunde con el de la enfermedad que la produce.

Si se trata de una hipotrepsia avanzada o de una atrepsia, las reglas generales del tratamiento son las mismas. Sólo que en este último caso, el problema alimenticio es más complicado, porque se trata, generalmente de una pandispepsia o disminución de la tolerancia para todos los principios alimenticios.

El problema consiste en un gran tacto, para dejar en reposo las glándulas digestivas, durante un tiempo que no sea demasiado largo para no producir una agravación con los efectos desastrosos de la inanición y luego, iniciar la realimentación aumentando más rápidamente los principios que sean más tolerados y con mucha prudencia aquellos cuya intolerancia se marque más, teniendo cuidado de no acelerar demasiado la alimentación para no producir un traspaso de límite de la tolerancia, lo que acarrearía una pérdida de peso, pero sin llevar la prudencia hasta provocar trastornos de denutrición.

Durante el período de descanso alimenticio, que es también de desintoxicación, debe dársele al niño agua o té, sin azúcar e inyectar 100 ó 200 c.c. de suero de Ringer glucosado. En general, no es aconsejable prolongar esta más de seis u ocho horas.

El alimento más aconsejable para iniciar la alimentación es la leche de mujer, en cantidades progresivamente crecientes, hasta completar, si fuere posible, las necesidades calóricas del niño. Cuando la leche de mujer no es tolerada, es aconsejable diluirla en agua o en suero de leche, en proporciones indicadas por la tolerancia digestiva del enfermito.

Más no se crea que la leche de mujer es panacea para curar todos los trastornos nutritivos del lactante; hay casos en que este alimento no es tolerable, sobre todo aquellos en que hay una marcada falta de digestión para el azúcar o para las grasas. He visto muchos



CHLORO-CALCION
BANDÉ DE
INDICATIONS
RECALCIFIANT
HÉMOSTATIQUE
DÉCHLORURANT
P. MICHEL

CHLORO-CALCION

Solution titrée
de Chlorure de Calcium Stabilisée
80 gouttes ou 1 cuillère à café 1gr Ca Cl₂

INDICATIONS
RECALCIFIANT

Croissance-Tuberculose
Grossesse-Allaitement Spasmodisme
Accidents serriques

HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorrhagies

DÉCHLORURANT
Albuminuries-Néphrites Œdèmes
Ascite-Pleuresies

LABORATOIRE P. MICHEL
Pharmacie de 1^{re} Classe
9, Rue Croix de Paris (14^e)

CHLORO-CALCION

CHLORO- CALCION

**RECALCIFICANTE
HEMOSTÁTICO
ANTIALBUMINÚRICO
DIURÉTICO
ANTISÉRICO**

LABORATORIOS P. MICHELS
9, RUE CASTEX - PARIS

Distribuidores:

E. Roelandts e Hijos

Presidente Zayas 20
H A B A N A



LITERATURA
PARA EL CUERPO MÉDICO
PRODUCTO SIEMPRE EN EXISTENCIA

casos de niños de pecho que presentan trastornos digestivos y a quienes se les da leche de burra y luego, en vista de la intolerancia por este alimento, se les consigue una nodriza y como no toleran tampoco la leche de ésta, se declaran atrépsicos, cuando en realidad se trataba de una intolerancia por el azúcar, por que basta ponerles a un régimen con escasa proporción de este alimento, como la leche albuminosa de Finkelstein, simple o diluida, para que cese el trastorno digestivo y principie el niño a aumentar de peso. Por el contrario, en los casos en que hay intolerancia por la caseína de la leche de vaca, casos mucho más numerosos de lo que generalmente se cree, la leche de mujer constituye uno de los mejores si nó el mejor de los tratamientos.

Cuando por cualquier circunstancia no se tolera la leche de mujer, o no se puede obtener, puede ser aconsejable iniciar la alimentación con suero de leche, que tiene la ventaja de favorecer la retención de agua y de pasar por el intestino sin producir nuevas fermentaciones a menos que se trate de una gran intolerancia por el azúcar, en cuyo caso el suero estaría contraindicado.

La introducción posterior de otros alimentos, que debe hacerse pronto debe estar acompañada de una vigilancia muy cercana del niño, teniendo cuidado, además del examen clínico, de pesarlo todos los días y de hacer diariamente un examen cuidadoso de la deposición. Cuando existe diarrea, pueden encontrarse en este examen todos los productos alimenticios sin digerir, por que la exageración del peristaltismo no lo permite; pero aún así puede apreciarse la proporción entre los alimentos ingeridos y los que se encuentran sin digerir en las deposiciones. Cuando no existe diarrea, este análisis adquiere una importancia mucho mayor.

Uno de los alimentos que es preciso introducir primero, es la albúmina, porque es aquél de que más necesidad tiene el organismo y si existiere intolerancia por este elemento, debe principiarse por cantidades pequeñas y prefiriendo los proteidos del suero o la caseína acidificada, por medio de fermentos, lácticos, y por el bacilo búlgaro, en la forma de kefir, para evitar las putrefacciones.

En los hidratos de carbono, deben preferirse los azúcares que sean menos fermentables y más fácilmente absorbibles, como la dextrina o las mezclas de dextrina y maltosa y cuando el niño ha pasado los cuatro meses y no presenta intolerancia por el almidón, se pueden utilizar las decocciones harináceas como sémola y aún cebada, hervidas veinte minutos por lo menos o bajo la forma de malta: estos

alimentos podrán ir mezclados a la leche ácida y al suero de leche o dados separadamente.

Uno de los alimentos que generalmente se agrega en último lugar, es la grasa, porque generalmente es insuficientemente absorbida o indigesta, por los pequeños atrépsicos. Es aconsejable, en los niños menores de cuatro meses, dar la leche con mantequilla de Czerny y Klinschmidt y en todo caso, evaporar los ácidos grasos volátiles que son especialmente irritantes para las vías digestivas.

En cuanto a la frecuencia de la alimentación, parece racional que, en un principio, en que las vías digestivas son muy insuficientes, necesiten reposos largos, más no tanto que se pueda hacer sentir demasiado la insuficiencia alimenticia, sobre todo si es preciso dar pequeñas porciones de alimento cada vez, por falta de apetito o por cualquiera otra circunstancia. En este último caso sería aconsejable un espacio de dos horas entre cada comida y a medida que el apetito vaya mejorando y se vaya pudiendo introducir una mayor cantidad de alimento, alejar las distancias.

No hay pues un alimento que deba emplearse por sistema; hay tolerancias digestivas, tan variables, como son variables los enfermos hay que estudiar, pues estas tolerancias digestivas, para emplear con cada cual el alimento más conveniente.

Algunos ejemplos podrán ilustrar más este criterio.

La niña Marina M. de tres meses de edad, con antecedentes familiares sin importancia.

La madre sólo ha tenido esta niña, que nació a término, alimentada con el seno hasta los 29 días, cuando se le quitó y le dieron agua azucarada con leche, partes iguales, con lo cual parecía ir bien.

Ocho días antes de su ingreso al hospital, empezó a tener diarrea y vómitos. Deposiciones amarillas, claras, sin sangre ni vómito. Sin fiebre y con buen apetito. (informe de la madre).

Entra al hospital con temperatura de 37, que luego sube a 38.5. Muy deshidratada, muy desnutrida, con el cabello escaso y micropoliadenia generalizada, persisten la fontanela hundida y los pliegues que se hacen en la piel.

Hace tres deposiciones amarillas, verdosas, con grumos, líquidas y fétidas.

Se le pone un biberón de prueba con partes iguales de leche y agua y 6% de azúcar.

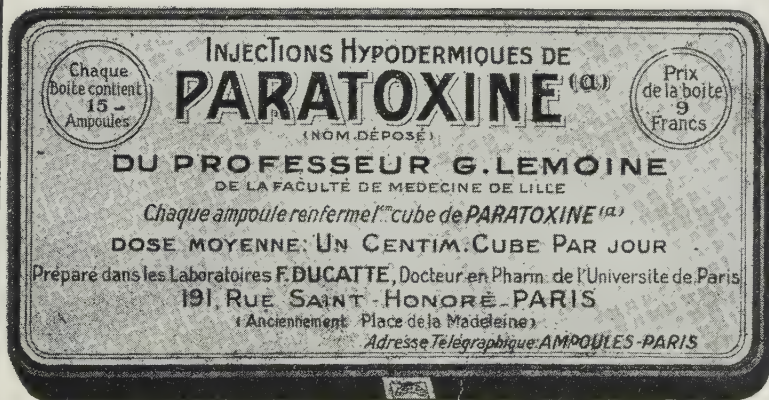
DURANTE EL DESTETE

NO OLVIDE PRESCRIBIR A SUS
PEQUEÑOS CLIENTES

LA

HARINA SALVY

LACTEADA
Y
DIASTASADA



— T R E S F O R M A S —

AMPOLLAS A.

PILDORAS

AMPOLLAS B.

Inyecciones
subcutáneas

MEDICACION
INTERNA

Inyecciones
Intra - laringeas

— D O S I S —

Las dosis elevadas son, generalmente inútiles
Las dosis han de ser apropiadas al estado del enfermo

AGENCIA PARA CUBA

SAN MIGUEL 87½.

HABANA

ARSEMETINE

SOLUCION DE ACETIL AMINO FENILARSINATO DE EMETINA

UN CENTIMETRO CUBICO CONTIENE 4 CENTIGRAMOS DE EMETINA
(CLORHIDRATO) Y 4 CENTIGRAMOS ARSENICO.

INDICACIONES :

DE IGUAL MODO QUE LA EMETINA, LA ARSEMETINE SE EMPLEARA :

a) En todas las AMIBIASIS:

En la Amibiasis intestinal, la **ARSEMETINE** gracias al arsénico que contiene, puede reemplazar a los arsenobencenos empleados frecuentemente entre las series de inyecciones de emetina.

En la amibiasis hepática (absceso tropical) la **ARSEMETINE** se empleará bien en inyecciones esterilizantes de la invasión amibiana, bien como coadyuvante del tratamiento quirúrgico.

b) En las BILHARCIOZIS :

La **ARSEMETINE** destruye los huevos en la pared vesical o intestinal y mata los embriones en sus cápsulas.

Su efecto más rápido consiste en detener las hemorragias vesicales o rectales.

c) En todas las diarreas crónicas y principalmente en las disenterías de flagelados.

d) En todas las hemorragias: hemoptisis, hematemesis, hemorragias intestinales, hematurias de todos los orígenes.

POSOLOGIA :

La posología indicada en el cuadro adjunto ha sido establecida en centigramos de Emetina y se refiere sobre todo a las amibiasis; la experimentación fisiológica permite afirmar que la tolerancia del organismo para la Emetina está aumentada por la presencia del arsénico; es, pues, posible emplear dosis más elevadas.

En lo que respecta a las otras indicaciones las dosis medias pueden ser de 4 a 8 centigr. de Emetina o sea de 1 a 2 cc. de **ARSEMETINE**.

POSOLOGIA:	DOSIS INICIAL	DOSIS MAXIMA COT.	DOSIS TOTAL
ADULTOS	4 a 12 ctgr. según el peso del sujeto o sea, de 1 a 3 cc.	4 a 12 ctgr. o sea, de 1 a 3 cc.	75 ctgr. a 1 gr., se- gún el peso y la re- sistencia del sujeto — Dosis media: 60 a 90 ctgr.
NIÑOS De menos de 1 año	0,5 ctgr. o sea, $\frac{1}{8}$ de cc.	1 ctgr. o sea, $\frac{1}{4}$ de cc.	5 ctgr. o sea, 1 cc. $\frac{1}{4}$
1 a 2 años.....	1 ctgr. o sea, $\frac{1}{4}$ de cc.	2 ctgr. o sea, $\frac{1}{2}$ cc.	10 ctgr. o sea, 2,5 cc.
2 a 5 años.....	2 ctgr. o sea, $\frac{1}{2}$ cc.	3 ctgr. o sea, $\frac{3}{4}$ de cc.	20 ctgr. o sea, 5 cc.
5 a 9 años.....	3 ctgr. o sea, $\frac{3}{4}$ de cc.	4 ctgr. o sea, 1 cc.	30 ctgr. o sea, 7,5 cc.
9 años a la pubertad	4 ctgr. o sea, 1 cc.	4 a 6 ctgr. o sea, 1 cc. a 1 cc. $\frac{1}{2}$	40 ctgr. o sea, 10 cc.

PRESENTACION :

Ampollas de 1 cc. que contienen 4 centigramos de Emetina y 4 centigramos de arsénico.
Cajas de 6 Ampollas. Practíquense únicamente inyecciones sub-cutáneas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{IE}. - PARIS

BRANDIERE Y CIA.

CARLOS III NUMERO 11. - HABANA

Con este biberón aumenta diez gramos en las 24 horas. La deposición es de aspecto jabonoso de mastie, de reacción alcalina, sin grasas neutras ni ácidos grasos, con abundantes jabones y con huellas de caseína.

Pensando que la presencia de jabones fuera debida indirectamente a una dispepsia de caseína, se le prescribió una alimentación en que se disminuía la caseína, y aumentaba la grasa, para hacer el diagnóstico por la prueba alimenticia; se prescribió 2% de grasa, 7% de azúcar y 1% de proteidos, con lo cual aumentó 20 gramos diarios, pero continuaba deshidratada. La deposición era amarilla, suelta, muy ácida, con gran cantidad de grasas néutras y de jabones.

La influencia de la caseína en la eliminación de los jabones estaba casi descartada y era evidente que la enfermita presentada una intolerancia por las grasas. Se le prescribió entonces un biberón con 0.5% de grasa, 7% de azúcar y 1.80% de caseína. Con este biberón aumentó 100 gramos en el primer día. La deposición era amarilla, pastosa, homogénea, de reacción alcalina, sin grasas neutras ni ácidos grasos, ni caseína, con algunos jabones. La niña continúa aumentando los días siguientes a razón de 65 gramos diarios y la deshidratación va desapareciendo hasta curarse.

Es evidente que la deshidratación de esta niña era debida a la intolerancia por las grasas que presentaba y ni el aumento de peso ni la hidratación se hacían sentir apesar de recibir en dos días consecutivos, durante el período de deshidratación, una dosis de agua igual a 300 gramos por kilo de peso y apesar de que durante la época en que la digestión se normalizó la ración de agua disminuyó mas bien un poco.

De mi numerosa casuística, podemos tomar otro caso que no es tan favorable como el anterior:

Se trata del niño Manuel O., de dos meses de edad, sin antecedentes familiares de importancia. Alimentado por la madre un mes; después, por circunstancias ignoradas se le puso un biberón compuesto de agua y leche, partes iguales, endulzada con azúcar; 90 gramos cada tres horas, seis biberones, el cual pareció sentarle bien durante tres semanas, al cabo de las cuales se presentó diarrea, con deposiciones amarillas, fétidas, sin moco ni sangre.

El niño llega al hospital en estado de gran deshidratación, con el vientre deprimido, la fontanela hundida, peso de 2200 gramos.

Deposición amarilla, ácida, con moderada cantidad de grasas neutras y ácidos grasos y gran cantidad de caseína.

Se le puso entonces a agua glucosada al 10%, toda vez que lo único que parecía tolerar eran los azúcares. Al día siguiente había aumentado 180 gramos apesar de que continuaba haciendo tres deposiciones de regular volumen.

Se le puso entonces un biberón con 6 gramos de grasa, 10 gramos de materia proteica en leche ácida, preparada con fermentos lácteos y 7% de azúcar, total, 260 calorías, 140 gramos de líquido. Continúa haciendo tres deposiciones, pero amarillas líquidas, fétidas alcalinas, sin grasas, con algunos jabones y con gran cantidad de caseína. El niño perdió 80 gramos en las 24 horas. Se disminuye entonces la caseína a lo estrictamente necesario para las necesidades fisiológicas y el niño continúa perdiendo peso (10, 15 gramos diarios). Se reemplaza entonces la leche por suero de leche, con el cual aumenta al principio 15 a 20 gramos diarios, y después de 15 días, empieza a perder y en este declinar del peso, muere un día repentinamente, sin que la autopsia—en la cual no se encontró nada especial fuera de la desaparición de la grasa en el tejido subcutáneo y en las vísceras y alguna disminución de volumen de algunos órganos—revelara la causa de la muerte.

Nos revela este caso una gran intolerancia por la caseína, hasta el punto de que no se podía dar ni las pequeñas dosis necesarias para mantener el equilibrio fisiológico. La tolerancia por los hidrocarbonados, produce en un principio un aumento de peso, pero la falta de material proteico, para las necesidades del metabolismo, hace imposible la vida.

Hay pues ocasiones, en que a pesar del método y del cuidado que se emplee en la dirección de la alimentación, no se logra corregir el trastorno digestivo y lo que es mas grave aún, hay veces en que se corrige el trastorno digestivo y continúa la denutrición avanzando; el organismo no asimila el alimento y el peso no aumenta y aún disminuye. Son estos los verdaderos casos de atrepsia.

Distintos métodos de tratamiento se han aconsejado en estos casos, mas no parece que alguno haya dado resultados satisfactorios, al menos en lo que se refiere al aumento de las asimilaciones. Los fermentos digestivos, las leches predigeridas, las sopas de malta, los fermentos lipolíticos, etc., etc. para ayudar a la digestión, suelen dar buenos resultados y para ayudar a la asimilación, cuando la digestión

**CONTRA LAS AFECCIONES
DE LAS VIAS
RESPIRATORIAS**

Caisán
INYECTABLE

LABORATORIO

DR. DOMINGO PLASENCIA, S.A.

Campanario 70 - Habana

**12
AMPULAS**

**CAISÁN
INYECTABLE**

**DR. DOMINGO
PLASENCIA
HABANA**

CAISÁN

INYECTABLE

PODEROSO ANTI-INFECCIOSO DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA:

Eucaliptol..... 0.15 grs.
Guayacol..... 0.06 „
Gomenol..... 0.04 „
Alcanfor 0.05 „
Eter etilico.....0.10 c. c.
Excipiente c. s. para 2 c.c.

INDICACIONES

En todos los estados febriles de Gripe, afecciones catarrales Neumonía, Bronconeumonía, Bronquitis, Pleuresia y en la Tuberculosis pulmonar.

POSOLOGIA:

Niños menores de 1 año:
de $\frac{1}{2}$ a 1 cc. una o dos veces al día.

De 1 a 4 años: 1 a 2 cc. en la misma forma.

Adultos: una ampolleta una o dos veces al día

En la Neumonía y Bronconeumonía, institúyase tratamiento a dosis masiva.



LABORATORIO DR. DOMINGO PLASENCIA, S.A.
Campanario 70-72 — Habana

está corriente, parece que se han obtenido algunos éxitos con la insulina, con la transfusión, y con algunos extractos glandulares.

La transfusión debe repetirse varias veces, muchas veces, aún inyectando la sangre por el seno longitudinal, hasta la dieciseisava parte del peso del cuerpo, en centímetros cúbicos de sangre y la insulina se inyecta a la dosis de cinco, diez, hasta quince unidades antes de los alimentos; y cuando la ración alimenticia de hidrocarbonados no es suficiente para evitar la hipoglicemia, se inyecta suero glucosado una hora después de cada dosis de insulina, la dosis de dos gramos de glucosa por cada unidad de insulina.

Se han preconizado distintos extractos glandulares, para activar la asimilación; parece que ha dado algunos resultados la tiroidina, preconizada por J. Simpson y luego por Marcel Maillet, quienes obtuvieron resultados satisfactorios en muchos casos en que el régimen alimenticio no daba resultados. Yo he obtenido resultados en casos en que el aumento de peso se hacía esperar, a pesar de una digestión corriente. Estos resultados son, según Nobecourt y Maillet, particularmente interesantes en ciertos atróficos heredosifilíticos, cuyo estado no es modificado por el tratamiento específico. La dosis que yo he empleado es la de dos a cuatro miligramos, por kilogramo de peso, empezando por dos miligramos y vigilando la tolerancia a medida que se aumenta, con la mayor rapidez posible.

Estos resultados concuerdan con los datos suministrados por Matei en su tesis de Montpellier, quien ha encontrado en las autopsias de los atrépsicos, esclerosis de las tiroides y las paratoroides.

Por último; la terapia tímica, ha sido utilizada por Stepate y luego por Blondel y por la señorita Fledzer, quien ha dado de cinco a siete centigramos de extracto seco y ha obtenido buenos resultados en los hipotrépsicos y atrépsicos.

En los atrépsicos heredosifilíticos, el tratamiento específico da buenos resultados, cuando es empleado oportunamente, antes de que la enfermedad dé lugar a lesiones definitivas, sobre todo a lesiones esclerosas de los órganos.

Resumen y Conclusiones

El metabolismo del agua, está sujeto a las leyes generales del aporte y de la eliminación; así cuando hay una eliminación excesiva o un aporte inferior a las necesidades fisiológicas de las células, viene

la deshidratación. Pero hay casos en que apesar de un aporte suficiente, y de no existir una gran diarrea, que produzca una eliminación excesiva, se produce en el niño la deshidratación.

En efecto, el niño, bajo la influencia de trastornos nutritivos, pierde la facultad de retener el agua, aunque se le suministre en cantidad suficiente. Los estados de desnutrición conocidos con el nombre de *atrepsia* o de *descomposición* por las escuelas francesas y alemana, terminan con un período de deshidratación y las perturbaciones nutritivas producidas por las infecciones, suelen producir, también, la misma falta de fijación de agua por las células.

Si consideramos los elementos que regulan la retención de agua por las células, tenemos, en primer lugar, las sales, sobre todo el cloruro de sodio, que por efectos de tensión osmótica, es hidrófilo y cuando el organismo lo retiene atraerá una mayor cantidad de agua.

Pero aparte de estos factos físicos de imbibición, existen factores químicos de combinación. Entre éstos, desempeñan papel importante los coloides celulares y por consiguiente la materia proteica; vienen en seguida los hidratos de carbono. Las grasas, que como veremos adelante, son un factor de hidratación. Más por el contrario, la hidrofilia de los medios es considerablemente aumentada por los coloides especialmente por la colestestina.

Todas las materias alimenticias contribuyen pues, a la hidratación, por consiguiente, este proceso es función de asimilación celular de todos los productos que entran en la alimentación. Cualquier proceso que tienda a impedir esta asimilación, puede determinar la deshidratación. Así pues, podrán determinarla, las alteraciones del tubo digestivo que tiendan a producir la absorción; las infecciones y las dispépsias, los regímenes de insuficiencia o de carencia, los estados febriles y las enfermedades crónicas, por el estado dispéptico que ellos ocasionan.

Por dos mecanismos influye la falta de asimilación en la deshidratación: por la falta de material hidrófilo que entre a hacer parte en la formación del protoplasma, y por la falta de agua de deshidratación que desprenden los distintos cuerpos al catabolizarse, que es más fácilmente asimilable por tratarse de agua, por decirlo así al estado naciente; en efecto, la caseína da en el curso de su catabolismo, el 40% de su volumen de agua; los hidratos de carbono representados por la glucosa, 60% y las grasas; por el ácido palmítico, 180%. De tal manera que las grasas que no son hidrófilas en naturaleza, dan,

al descomponerse en el organismo una proporción considerable de agua y contribuyen de esta manera a la deshidratación, mucho más que los demás cuerpos. De aquí que en los vómitos incoercibles se produzca pronto la deshidratación a pesar de las inyecciones altas de agua.

El organismo del niño es mucho más susceptible que el del adulto, a la deshidratación, en primer lugar porque el niño tiene un metabolismo tanto más imperfecto, cuanto más joven sea; porque el organismo del niño es más rico en agua y porque su metabolismo es más activo y esto por tres razones fundamentales: porque el niño necesita crecer; porque según la ley de Richet las pérdidas de calor están en razón directa de la superficie; por consiguiente el niño, para mantener su temperatura constante, debe quemar, proporcionalmente, más sustancias y por último, porque en el lactante la desasimilación es más activa.

Hay niños más predispuestos a perder agua que la generalidad; los hay que la pierden por causas que en otros no producen la deshidratación; son los hidrolábiles de Finkelstein. Se trata en primer lugar de recién nacidos en quienes, según el mismo Finkelstein, existe una anormalidad en el metabolismo, característica del primer trimestre de la vida; en los niños mayores, la hidrolabilidad es un hecho patológico, pues se trata según el mismo autor, de niños raquíuticos, espasmofílicos, linfáticos; además, la experiencia nos muestra esta hidrolabilidad, en los débiles congénitos, en los atacados de infecciones crónicas, sobre todo de sífilis y tuberculosis, los atacados de taras hereditarias, como el alcoholismo y otras intoxicaciones, aquellos cuya nutrición se afecta por vivir en malas condiciones higiénicas, como habitaciones insalubres.

Cuando la absorción intestinal se regulariza, generalmente se regulariza el proceso de asimilación celular; más hay veces en que estos dos procesos no siguen una marcha paralela, ya porque el alimento no se absorva en condiciones de ser asimilado por la célula o sea completamente digerido, ya porque el proceso de asimilación celular, se debilita o se atrofia por la falta de uso y es en algunos casos, más susceptible, que el mismo proceso digestivo.

Falta saber por qué los niños alimentados con el seno materno, son menos susceptibles de llegar a la desnutrición avanzada y por consiguiente a la deshidratación. La causa principal es que la composición química de la leche humana, está más adaptada a la capacidad

digestiva del lactante, entendiendo por composición química, no sólo la proporción en que los diferentes elementos entran en la composición de la leche, sino a la *calidad* misma de esos elementos; así en la leche de mujer hay más albúminas del suero que caseína y en la leche de vaca sucede lo contrario y la misma caseína de la leche de mujer tiene una composición distinta en ácidos aminados.

Además, las albúminas específicas, son mucho más asimilables y dejan menos residuos que las albúminas heterólogas, según la doctrina enunciada por Ardenhalden, confirmada por los experimentos de Busqué.

El tratamiento de la deshidratación, se confunde con el tratamiento del trastorno nutritivo, consiste en atacar a este en sus orígenes. Si se trata de un estado dispéptico, en tratar la dispepsia con un régimen apropiado a la tolerancia digestiva del lactante, dándole los alimentos que mejor digiera e introduciéndole muy paulatinamente los que deje de digerir, para excitar poco a poco los fermentos encargados de digerirlos.

Cuando la causa es una enfermedad infecciosa, el tratamiento debe principiar por dicha enfermedad, sin descuidar el régimen alimenticio apropiado.

Cuando se trata de niños que no asimilan, apesar de una buena absorción intestinal, pueden emplearse las transfusiones, la insulina y sobre todo, los extractos glandulares, especialmente la tiroidina.

En los casos de una heredosifilis, que son bastante frecuentes, da buenos resultados el tratamiento específico, siempre que no se haya dejado avanzar demasiado el estado de desnutrición.

OBRAS CITADAS

PARROT.—*L'Atrepsie*, 1877.

H. FINKELSTEIN.—*Tratado de las Enfermedades del Niño de Pecho*, Edición española, 1932.

A. B. MARFAN.—*Les affections des Voies Digestives dans la Première Enfance*, Masson et Cie., París, 1923.

SALVADOR E. BURGHI Y ALFREDO U. RAMÓN GUERRA.—*Estudio de la Deshidratación de origen Celular en el Lactante*.—Informe oficial de la Sociedad de Pediatría de Montevideo. (Archivos de Pediatría del Uruguay), Tomo VII, No. 41, Noviembre de 1936.

ALERDEX

(SMACO)

MALTOSA Y DEXTRINAS LIBRE DE PROTEINA

EVITA LAS ALERGIAS POR LAS PROTEINAS DE CEREALES

Cualquier carbohidrato de Maltosa-Dextrina puede ser usado, pero la experiencia ha demostrado que se obtienen mejores resultados usando uno obtenido mediante la acción enzimica de la malta sobre la fécula no cereal, como el ALERDEX. Cuatro cucharadas de ALERDEX pesan aproximadamente una onza y contienen 120 calorías. Cuando esta cantidad se le añade a 32 Oz. de cualquier leche, el contenido de carbohidratos de esta mezcla se aumenta en un 3%.

Preparada en los Estados Unidos
de América por

S. M. A. CORPORATION
CLEVELAND, OHIO

Representantes en Cuba:

ANTIGA Y Co.
Depto. de Productos Dietéticos
OBISPO No. 25
HABANA

DR. E. GARCIA PEREZ

MEDICO CIRUJANO

Transfusionista del Hospital Municipal de Infancia

LABORATORIO

EXCLUSIVAMENTE

TRABAJOS PERSONALMENTE REALIZADOS
ANALISIS E INVESTIGACIONES CLINICAS

Transfusiones sanguíneas: EN ESPECIAL A NIÑOS

Mantenemos un constante servicio de Transfusiones, tanto en
domicilios como en el local del Laboratorio.

ANIMAS NUM. 123
(Lealtad y Escobar)

TELEFONOS:
A-6231 y F-7179

**LA MEJOR LIPOIDO - TERAPIA
EN LA INFANCIA**

TROFAN

LECITINAS Y COLESTERINA

CEREBRALES

EN SUSPENSION ACUOSA

**INSTITUTO BIOLOGICO CUBANO
LA HABANA**

**MUESTRAS Y
LITERATURA
A PETICION**

ROSENBEG EN VAN DEN STARP.—Archives de Medicine del Enfants, Agosto 1919.

SCHLOSS AND WORTHEN.—*The Permeability of the Gastroenteric tract of Infante to Indigested Protein*. (American Journal of Diseases of Children, 1916, T. XI, No. 5).

A. BORINO.—Cambios de Agua en los Lactantes al Estado Fisiológico y al Estado Patológico. (*La pediatría*, Octubre de 1916.)

Investigaciones sobre la "Perspiratic Insensibili de los niños". (Revista di Clinica Pediatrica, Junio de 1916).

P. NOBECOURT.—*Conferences Pratiques sur L'Alimentation des Nourrisson* (Masson & Cie, Paris, 1922).

FERDINAN HOFF.—*Hidratación y Metabolismo Acido-base* (Deutch. Med. Wochensch. Nos. 19 y 20, 1937.)

MARCEL MAILLET L.—*L'Opoterapie Thiroidienne chez certains nourrissons hipotrophiques* (Société de Pédiatrie, 21 Fev., 1922).

NOBECOURT & MAILLET.—*La therapeutique du Nourrissin en Clientèle*.

Edema Nutricional y Avitaminosis "A"

POR EL

DR. ENRIQUE GALÁN CONESA

Y EL ALUMNO

DAVID CAZANAS

La frecuencia con que observamos en nuestros centros hospitalarios, la existencia de los más variados síndromes por carencias alimenticias, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, ya como edemas nutricionales, avitaminosis, ya como simples distrofias y en fin, toda esa gama de alteraciones nutritivas ocasionadas por un régimen deficiente, cuyas causas son en orden creciente, condiciones familiares de temor a administrar al niño un régimen balanceado, otras veces a la falta de recursos económicos y en un gran porcentaje de casos a un tratamiento mal instituido, en el que se emiten las prescripciones dietéticas más elementales y se olvidan las necesidades alimenticias del niño, así como las graves consecuencias que ellas determinan, ocasionando alteraciones irreparables, tales como deformidades raquílicas, cegueras e inclusive la muerte por infecciones que hacen presa de un organismo depauperado; por todo esto repetimos, es que publicamos la presente observación, con el fin de contribuir a la divulgación que en materia de dietética infantil se viene realizando ya de años, la cual no parece estar terminada, pues seguimos presenciando los resultados de tan lamentables errores.

El inicio de tales síndromes, lo constituyen afecciones gastro-intestinales, más o menos intensas, de tipo dispéptico, con la incurable diarrea o deposición disenteriforme, que tienen como substratum patológico, ora una infección crónica, tuberculosis o sífilis, ora una infección focal, adenoiditis, pielitis, otitis, ora en fin un parasitismo intestinal, que llegan a crear al familiar y al médico una fobia a la alimentación, ya que la mas mínima transgresión en el régimen,

lejos de mejorar, exacerba y aumenta el número de deposiciones e insensiblemente los conducen a un círculo vicioso, que solo un examen sereno y un perfecto conocimiento de la importancia del factor nutritivo, en tales condiciones, podrán orientar al médico hasta una terapéutica efectiva que libre al niño de tan graves consecuencias.

Otro aspecto que motiva esta publicación es la asociación de un edema nutricional a un típico síndrome de avitaminosis "A", dada la menor frecuencia de la misma, pues en lo que a la literatura de nuestro país se refiere, la coexistencia del primero con el eritema pelagroide, constituye la observación más constante, y es así que el Prof. Agustín Castellanos en la descripción y casuística de lo que él denomina "Síndrome pelagroide-beribérico", cita solo dos casos con xeroftalmia y el Dr. Benito Vilá publica un caso de edema nutricional con síndrome pelagroide beribérico y refiere que no se presentaron síntomas de deficiencias en vitaminas A y C.

No podemos omitir la brillante comunicación del Profesor A. Pillat de la Universidad de Viena, en la que señala que el déficit de vitamina A produce una afección de todo el ectodermo, considerándola en un sentido amplio, como enfermedad sistematizada, puntualizando además, las diferentes alteraciones que experimenten los órganos de origen ectodérmico. La hemeralopia, la xerosis y la queratomalacia en los ojos; en la piel, las infecciones piógenas, la hiperqueratosis folicular, la sequedad y las hiperpigmentaciones cutáneas de índole cloasmática. Las manifestaciones catarrales e infecciones de las distintas porciones del árbol respiratorio. La hipofunción gástrica, las deposiciones mucosanguinolentas, también señaladas en la avitaminosis B., y finalmente por parte de los órganos genitourinarios, pielitis cistitis, uretritis y vulvovaginitis, con flujo mucoso o purulento, las nefrolitiasis, etc.; manifestaciones que en gran parte estuvieron presentes en nuestro enfermo.

En el año 1896, el japonés Inoue, describe una epidemia de xeroftalmia y queratomalacia entre los niños alimentados de preferencia con vegetales, la afección se conocía en aquellas regiones con el nombre de "HIKAN", la que curaba con el uso del aceite de hígado de bacalao. Posteriormente Stepp en 1909, provoca experimentalmente la misma enfermedad en ratones blancos y llega a la conclusión de que existen sustancias indispensables para la vida del animal, que moría aunque se cubrieran sus necesidades plásticas y energéticas. Los efectos curativos del aceite de bacalao, hicieron admitir la exis-

tencia de una sustancia antixeroftálmica, es decir otra vitamina liposoluble que fué denominada vitamina A y que culminó en el estudio y aislamiento de la misma por Karren y Von Euler.

La vitamina A parece ser un derivado de los colorantes de las carotinas, las cuales se desdoblan por hidrólisis en dos moléculas de aquella, cuya fórmula global es $C^{20} H^{29} OH$, este desdoblamiento se efectúa mediante un fermento, la "carotinasa" que actúa al influjo del cuerpo tiroides. Consideradas las carotinas como provitaminas, es necesario para esto que tengan en su constitución un núcleo benéfico llamado "Ionón", el que no existe en gran número de ellas. El aceite de hígado de bacalao, la mantequilla, las espinacas, las zanahorias y la yema de huevo se cuentan entre las sustancias más ricas en el factor antixeroftálmico.

La acción de la Vitamina A como factor anti-infeccioso parece estar demostrada. Su intervención en el metabolismo de los lípidos y la comprobación experimental de que a grandes dosis provoca un aumento del tenor de colessterina en la sangre, hecho que hemos podido comprobar en nuestro caso, pues si bien es verdad que una parte puede deberse al régimen utilizado, éste, en otro niño no hubiera provocado tan marcado aumento de la cifra de colessterol, que se elevó de 137 mgrs a 210 mgrs, %. Todo esto tal vez explique su papel anti-infeccioso. Es conocido el alto grado de inmunidad del lactante alimentado con grasas y sus beneficiosos efectos en la tuberculosis pulmonar.

Por el contrario la hipervitaminosis, no ha sido señalada en el hombre, solo hemos podido observar la xantosis o coloración amarilla de la piel en las carotinemias producidas por ingestión prolongada de grandes cantidades de sustancias ricas en colorantes de la carotina, como sucede en nuestro medio con la calabaza, pero esta manifestación no coincidió nunca con alteraciones anatómicas ni funcionales de otros órganos. La modificación del régimen, hace despaarecer de un modo lento esta coloración que se presenta más intensa en las extremidades, aunque puede extenderse a todo el cuerpo, pero respetando siempre las mucosas.

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: G. C. O. Dirección: Central Andorra. Edad: 3 años.
Raza: Blanca. Ingreso: Noviembre 7 de 1937. Peso al ingreso: 12½ lbs. Circunf. Cefálica: 43½ cms. Talla: 75½ cms.

Motivo de ingreso: Por edemas y oftalmia.

PULMOVAC

Bacterioterapia y quimioterapia simultánea de las afecciones de las vías Respiratorias

Indicado en las afecciones agudas como:

- Catarros banales,
- Bronquitis,
- Grippe,

Afecciones crónicas como:

- Bronquitis,
- Tuberculosis con infección polimicrobiana sobreañadida,
- Bronquiectasias, para combatir la infección.

PULMOVAC es el único producto que se ofrece a la clase médica que satisfaga la doble necesidad de producir efectos inmediatos por su composición química y acción vacuante curativa y preventiva.



**LABORATORIOS
VIETA-PLASENCIA
REINA 72 HABANA**



NEO-FIMOCINA

FORMULA

Ergosterol irradiado	0.20 milgrs.
Cinamato de bencilo	0.05 grms.
Colesterolina	0.10 "
Lecitina	0.10 "
Eter etílico	0.15 c.c.
Aleanfor	0.10 gr.
Gomenol	0.15 c.c.
Excipiente atenua. a. p.	1.50 c.c.

Medicación por excelencia de los estados infecciosos:

Gripe de forma grave
Tifoidea,
Bronconeumonía,
Tuberculosis,
Septicemia etc.

NEO-FIMOCINA es el producto de un estudio cuidadoso para obtener una fórmula que responda a las más recientes adquisiciones terapéuticas.

Por su contenido en ergosterol irradiado (vitamina D.) resulta complemento utilísimo de la calcioterapia.



LABORATORIOS VIETA-PLASENCIA
REINA 72 **HABANA**

Antecedentes patológicos hereditarios y familiares: Padres saludables, niegan antecedentes de lues y tuberculosis. La madre ha tenido 9 embarazos. Cuatro muertos no pudiendo obtenerse datos en relación con las causas de las mismas. Cinco hijos vivos y saludables, niega antecedentes de abortos.

Antecedentes patológicos personales: Sarampión al año y medio de edad. No hay pasado de afecciones gastrointestinales ni broncopulmonares. Niegan otros antecedentes.

Desarrollo: Nacida de un embarazo a término, parto normal, sin accidentes post-natales. Primer incisivo a los 6 meses. Habló al año y caminó al año y medio de edad.

Hábitos: Régimen de vida poco higiénico, sueño tranquilo, carácter apacible, vivienda poco ventilada.

Alimentación: Lactancia materna hasta el año de edad, después régimen artificial y finalmente mixto. Durante su enfermedad (3 meses) ha estado sometida a un régimen deficiente, constituido principalmente por caldos, jugo de naranjas, raras veces leche de vaca y nunca vegetales, grasas ni carnes.

Enfermedad actual: Hace tres meses, se inicia su enfermedad con un síndrome gastrointestinal de tipo dispéptico, el cual se hace rebelde a todo tratamiento, después de 15 días de evolución empiezan a edematizarse las extremidades inferiores, lo que motiva un exámen de orina haciéndose el diagnóstico de pielitis. En los días posteriores el edema se generaliza, llegando a la anasarca, pero predominando siempre en los pies, dorso, párpados y manos. La sintomatología descrita persiste con escasa variación hasta hace unos 20 días en que se añaden síntomas oculares que comienzan por lagrimeo, fotofobia, después secreción purulenta, ofreciendo todo el aspecto de una oftalmía aguda. La enfermita grandemente desnutrida, con astenia profunda, tiene síntomas según refiere el padre, por parte de otros aparatos, bronquitis a repetición, rinofaringitis, con febrículas prolongadas, flujo vaginal de color blanquecino, piodermitis e ingresa en nuestro servicio con un estado general bastante malo, dando la impresión de un exitus letalis cercano.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General: A su ingreso presenta una marcada postración y un grado tal de astenia que permanece inmóvil en decúbito

dorsal por largas horas. Su estado nutritivo es malo, pués a pesar de estar anasárquica es posible constatar la ausencia casi completa del panículo adiposo. Sus ojos permanecen cerrados, el sensorio embotado, no llora ni emite sílaba alguna, tal parece que solo se conservan los actos de la vida vegetativa.



Fotografía del caso.

Cabeza: Bien conformada, escasa cabellera, pelo pobre y quebradizo. Existen múltiples lesiones de piodermitis y un ligero edema del cuero cabelludo.

Cara: Pálida. Facie abotagada.

Ojos: Ambos párpados edematosos, que dificultan la exploración de los globos oculares, pestañas aglutinadas con marcada secreción purulenta. Fotofobia, lesiones ulcerosas de ambas córneas, más intensas en el ojo izquierdo, en el que se observa en su porción infero-interna una hernia del iris en las proximidades del limbo esclero-

corneal y con la obligada deformidad de la pupila. Inyección periquerática e hiperhemia de las conjuntivas. Se teme por la integridad de la visión.

Nariz: Mucosa enrojecida, flujo mucopurulento.

Boca: Fórmula dentaria de su edad, encías rojas y tumefactas, no sangran. Lengua saburral.

Faringe: Cortina de Mucus. Amígdalas enrojecidas.

Cuello: Flexible.



Fotografía que muestra las lesiones corneanas.

Sistema ganglionar periférico: Polimicroadenitis, ganglios pequeños duros, no dolorosos y movibles, más numerosos en las regiones cervicales e inguinales. No se palpan los epitrocleares.

Torax: Configuración normal no hay deformidades raquílicas.

Aparato Respiratorio: Tos húmeda, discretos signos de bronquitis. Signos de Cozzolino, Heubner, Von Koranyi, etc., negativos.

Aparato Circulatorio: La punta late dentro de sus límites correspondientes. Tonos apagados, taquicardia, pulso débil y frecuente pero rítmico. No se perciben otras alteraciones.

Abdomen: Distendido, no doloroso, no se palpan masas tumorales. Circunferencia abdominal 41 cms.

Hígado: Rebasa un través de dedo el reborde costal, límite superior por percusión normal.

Bazo: No palpable ni percutible.

Piel: Lustrosa. Edema frío, no inflamatorio, deja poco godet, para lo cual es necesario ejercer fuerte presión. Múltiples lesiones de piodermitis generalizadas, más acentuadas en el cuero cabelludo. Lesiones de Impétigo en las piernas. Ausencia de panículo adiposo.

Aparato genitourinario: Puntos renales no dolorosos, no hay tumoraciones. Vulva enrojecida con flujo blanquecino sin fetidez.

Sistema Nervioso: Hiporeflexia tendinosa y cutánea. Sensibilidad conservada. No hay parálisis pero la actividad muscular está muy reducida. No hay signos de hiperexcitabilidad mecánica. Ausencia de movimientos involuntarios, temblores y convulsiones. No hay síntomas polineuríticos.

EXÁMENES PRACTICADOS

Orina:

Cantidad: 20 c.c.
Aspecto: Turbio.
Reacción: Ácida.
Color: Amarillo Claro.
Albúmina: Vestigios.

Sedimento:

Hematies: Escasos.
Leucocitos: Numerosos.
Epitelio: Células renales y planas.

Heces fecales:

No se observan huevos ni parásitos.

Hemocitograma:

Hematies: 3.460,000	Hemog. 65%	V. G. O. 95
Alteraciones: Anisocitosis.		
Leucocitos: 25.500 x mme.		
Polimorfonucleares: 64%	} Neutrófiles 68%	
Stab-Kernige: 4%		
Linfocitos: 30%		
Monocitos: 2%		

PARA EL TRATAMIENTO CAUSAL
DE LAS
NEURITIS Y NEURALGIAS

BETAXINA

Vitamina B₁ (Antineurítica)

Preparado sintético estandarizado

Se incluyen en sus indicaciones: beriberi, polineuritis del embarazo y del puerperio, polineuritis consecutiva a las enfermedades infecciosas, neuritis alcohólica, neuralgias intercostales, del trigémino y ópticas, ciáticas, herpes zoster y en general toda hipo-vitaminosis B₁.

BETAXINA: Cajas de 3 y 15 ampulas de 1cc. con 2 miligramos de Vitamina B₁ sintética cristalizada (1,000 Unidades Internacionales). Tubos de 20 tabletas de 1 miligramo (500 U. I.)

Cincuenta Años



PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS

“Bayer”

APARTADO 1757

HABANA

LOS PRODUCTOS



en

SANDOZ

PEDIATRIA

PRODUCTO, COMPOSICION
E INDICACIONES

POSOLOGIA MEDIA PARA LOS
NIÑOS, Y PRESENTACION

BELLADENAL

Asociación de Bellafolina con la fenil-etil-malonilurea.

Estados nerviosos, crisis, convulsiones de niños, corea, epilepsia, incontinencia de orina vómitos.

Posología:

De 1 a 6 meses, $\frac{1}{4}$ comp.
De 7 a 12 meses, $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{2}$ comp.
De 13 meses a 2 años $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ comp.
De 2 a 4 años $\frac{1}{2}$ a 1 comp.
De 5 a 8 años 1 a 2 comp.
De 9 a 12 años 1 a 3 comp.
De 12 a 15 años, 1 a 4 comp.

Forma:

Rp: Belladenal Sandoz: un tubo de comprimidos

"CALCIUM-SANDOZ"

Sal orgánica pura realmente asimilable, eficaz y agradable de tomar por vía gástrica, inyectable por vía venosa e intramuscular a dosis eficaces.

Debilidad general.

Crisis de crecimiento.

Desmineralización.

Raquitismo.

Tuberculosis.

Nerviosismo.

Caries dentaria.

Tetania, Espasmodia.

Procesos inflamatorios y exudativos: gripes, anginas, neumonías, urticarias, etc.

Posología:

Polvero granulado: tres veces al día, una cucharita de las de café, más o menos llena, según la edad.

Niños pequeños: hasta llegar a los 5 meses, diariamente dos cucharaditas de las de café (el "Calcium-Sandoz" no debe ser calentado con la leche); de 1 y $\frac{1}{2}$ a 3 años, tres cucharitas de las de café, más o menos llenas.

Tabletas de chocolate: 3 tabletas al día.

Ampollas diariamente, o cada 2 ó 3 días, se dará una inyección de 2 a 5 cc., ya por vía intravenosa ya por la intramuscular (en el punto glúteo).

FORMAS:

granulado: cajas de 50 y 100 gr.

comprimidos: cajas de 30 tabletas.

inyectables: cajas de 1, 5 y 20 amp. de 10 cc. al 10% y 20%.

Cajas de 2 y 10 amp. de 5 cc. al 10% y 20%.

Cajas de 10 amp. de 2 cc. al 10%.

CALCIBRONAT

Bromogalactogluconato de calcio.

Todas las indicaciones de la medicación bromada, y en particular:

Corea, Nerviosismo, Pavor nocturno, Convulsiones, Insomnio nervioso, e Hiperexcitabilidad e inquietud del niño.

POSOLOGIA:

Granulado: diariamente, de 1 a 4 cucharaditas de las de café, según la edad y el peso del niño.

Comprimidos efervescentes: de $\frac{1}{2}$ a 3 comprimidos por día, según la edad y el peso.

Inyectables: 1 ampolla 2 a 3 veces por semana.

Formas:

granulado: cajas de 100 gr.

comprimidos: cajas de 10 comp.

inyectables: cajas de 1, 5 y 20 amp. de 10 cc.

cajas de 1 y 10 amp. de 5 cc.

IPECOPAN

(Ipecacuana + Opio).

Coqueluche o Tos Ferina.

Tos, bronquitis.

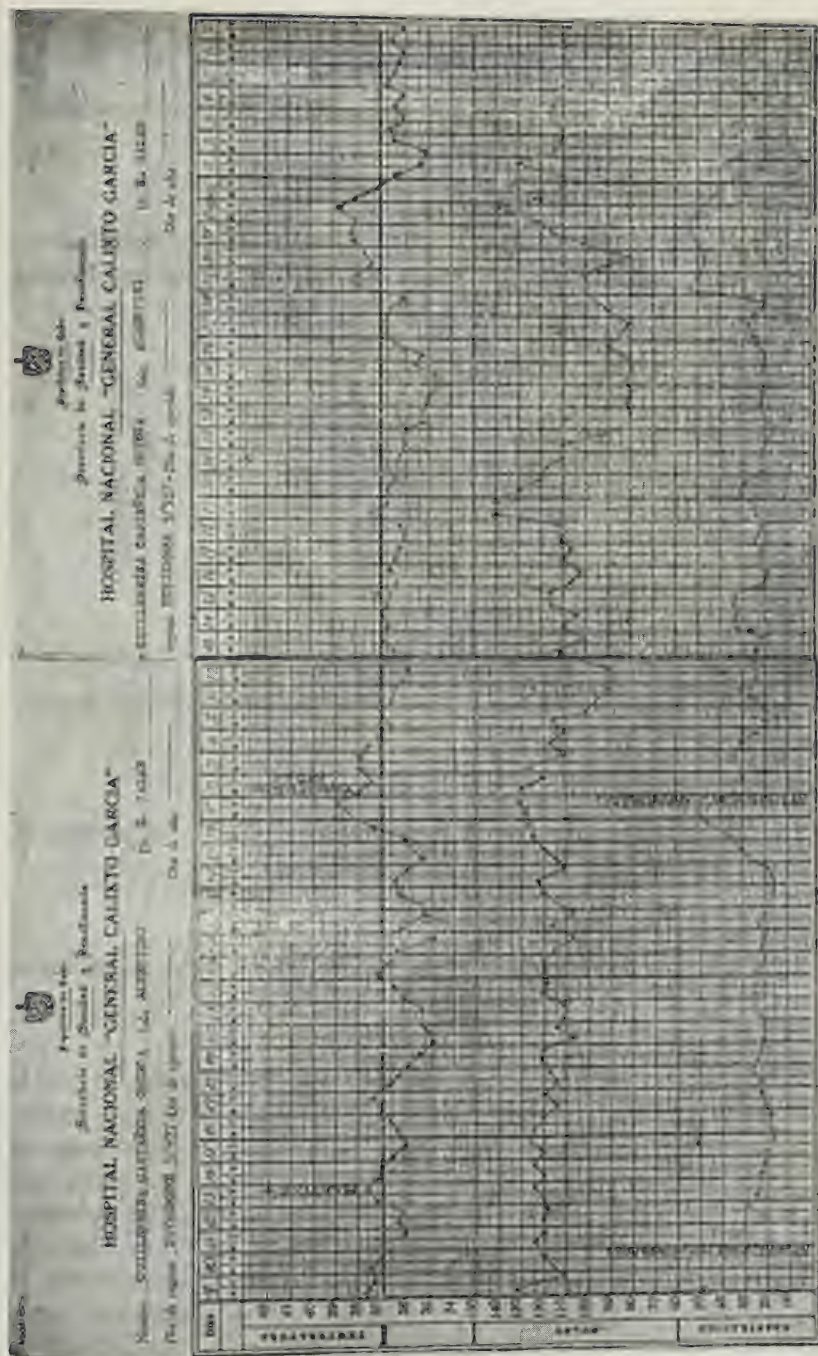
Posología:

Solución: 1 gota por año de edad, 3 veces al día.

Forma: frasco cuentagotas de 15 cc. solución.

**Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz
Bâle (Suisse)**

Depositarario exclusivo para Cuba: Dr. Emilio Márquez, Blanco Herrera 7-B, Habana.



Curva de temperatura pulso y respiración.

Exudado ocular:

Coloración Gram-Nicolle.

Citología: Abundantes leucocitos y algunas Células Epiteliales.

Gérmenes: No se observan.

Exudado vaginal:

Citología: Abundantes leucocitos, algunas células epiteliales.

Gérmenes: Estafilococos. No se observan Diplococos tipo Neisser.

Indice refractométrico:

Proteínas totales: 3.7 grs. %

Colesterol:

137 mgs. % Antes del tratamiento.

210 mgs. % Después del tratamiento.

Mantoux:

Ligeramente positivo (+)

Examen radiográfico pulmones y mediastino:

Adenopatías hiliares. Aumento de las arborizaciones bronco-vasculares en las regiones parahiliares.

Examen radiográfico de extremidades:

Decalcificación con ligero estrechamiento de las extremidades diafisarias. (Raquitismo muy discreto).

Examen ocular (Dr. Alamilla):

Las lesiones córneas parecen típicas de avitaminosis, debe investigarse bacilo "xerosis".

Consideraciones y Diagnóstico: Como se puede observar por la anamnesis esta enfermita comienza sufriendo de trastornos gastro-intestinales prolongados, rebeldes, que culminan en la aparición del síntoma edema, que interpretado como renal y con la existencia casi segura de alteraciones en la eliminación urinaria y los datos señalados por el examen de orina, orientaron a una terapéutica en este sentido, con insistencia sobre la restricción de la dieta, principalmente la supresión de sustancias ricas en proteínas y grasas, insuficiente tanto

Especialidades Farmacéuticas

PANCAR

S.A.

San Lázaro 299 - Tel. U-2344

Injectables de Calidad

DR. MIGUEL A. SANTOS BUCH, DIRECTOR

Habana. Cuba

Ampulas de 2 cc.

Uso intramuscular

BRONQUIOPANCAR
ANTICATARRAL

Indicación broncopulmonar.
Una a dos ampúlas diarias.

PANCAR

Ampulas de 5 cc.

Uso intravenoso
e intramuscular

CALCIOPANCAR
VITAMINADO

Reconstituyente calcio-vitamínico.
Una ampúla diaria.

PANCAR

Ampulas de 2 cc.

Uso intramuscular

OPOGLAN
HEPATICO

Hormonas hepáticas, superconcentradas.
Una a dos ampúlas diarias.

PANCAR

Ampulas de 50,125,
250 y 500 cc.

Uso intravenoso y
subcutáneo

SUERO PANCAR
ANTITOXEMICO

Sustituto ventajoso de los Sueros Glu-
cosados, fisiológicos y bicarbonatados.

Ampulas de 2 cc.

Uso intramuscular

LIPOPANCAR
VITAMINAS FIJADORAS DE CALCIO Y FOSFORO

Una a dos ampúlas diarias.

PANCAR

Ampulas de 1 cc.

Vía intramuscular

CANFO-PANCAR
ALCANFOR PURISIMO

Tónico cardio-vascular
Una a seis ampúlas diarias.

PANCAR

Ampulas de 50,125
250 y 500 cc.

Uso intravenoso y
subcutáneo

SUERO PANCAR
ANTITOXEMICO

Sustituto ventajoso de los Sueros Glu-
cosados, fisiológicos y bicarbonatados.

PANCAR

Ampulas de 2 cc.

Uso intramuscular

OPOGLAN
HEPATICO

Hormonas hepáticas, superconcentradas.
Una a dos ampúlas diarias.

MUESTRAS Y LITERATURAS A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

Especialidades Farmacéuticas

PANCAR

S.A.

San Lázaro 299 - Tel. U-2344

Injectables de Calidad

DR. MIGUEL A. SANTOS BUCH, DIRECTOR

Habana. Cuba

Especialidades Farmacéuticas LANCIEN

P L U R O L A N HIERRO, AS. MANGANESO Y VANADIO COLOIDES ELÉCTRICOS	Anemias agudas y crónicas. Debilidades nerviosas. Insuficiencias minerales. Linfatismo. Tuberculosis, etc.
B A N I K O L IODURO COLOIDAL	Trastornos circulatorios, aortitis, reumatismo, linfatismo. Un ampula intramuscular al día.
Zimbyl Bismuto BISMUTO COLOIDAL	Sífilis en todos sus períodos. Tres ampulas intramusculares a la semana.
ZIMBYL COBRE COBRE COLOIDAL	Infecciones cutáneas, tuberculosis. Tres ampulas intramusculares a la semana.
GLANDACTINE OPOTERAPIA GLANDULAR	Insuficiencias glandulares. Cuatro comprimidos al día.
ZIMBYL ORO ORO COLOIDAL	Tuberculosis en todos sus períodos. Dos ampulas intramusculares a la semana.
Rhodium Lancien RODIO COLOIDAL	Fiebres, infecciones. Una a tres ampulas intramusculares al día.
T U N O L Estaño y Azufre Coloidal, Levadura de Cerveza, Vitamina	Anthrax, forunculosis, abscesos. Cuatro comprimidos al día.
Quinina Arsenic QUININA Y ARSÉNICO COLOIDALES	Cura radicalmente el paludismo en todos sus períodos. Un ampula subcutánea cada seis horas.

LABORATOIRE DES PROCEDES ANDRE LANCIEN
PARIS, FRANCE

CONCESIONARIO EXCLUSIVO PARA CUBA :
LABORATORIOS PANCAR, S. A.
DR. MIGUEL A. SANTOS BUCH
Farmacéutico-Químico, Director
San Lázaro 299 Habana Teléfono U-2344

Muestras y Literaturas
a Disposición de los
Señores Médicos

en materiales plásticos como energéticos, cuyo régimen se hace más riguroso aún a medida que aumentan los edemas y que persisten las deposiciones diarreicas. Se comprende fácilmente tal modo de pensar si observamos que estuvo sometida durante 3 meses a un régimen casi exclusivo de jugos de naranja y caldos, con ausencia completa de carnes y grasas.



Radiografía de pulmones que reporta adenopatías hiliares y aumento de las arborizaciones broncovasculares parahiliares.

Agotadas todas las reservas, desaparecido el panículo adiposo, se inician los diversos síntomas de avitaminosis A, que desorientan más, por abrir la escena una oftalmía coexistente con un flujo vaginal que son interpretados de carácter blenorragico. Dicha oftalmía evoluciona rápidamente, en breves días hacia la ulceración de ambas córneas, hernia del iris y como secuela dejan una queratomalacia, discreta, merced al tratamiento instituido enérgicamente. Los síntomas broncopulmonares rinofaríngeos y la piodermitis hacen que su

estado general sea tan malo a su ingreso como dijimos antes, temíamos un desenlace fatal.

Frente a un enfermo anasarquico, con alteraciones oculares que ofrecen el aspecto de las señaladas en la xeroftalmía, con los antece-



Radiografía de las extremidades inferiores en la que aparece decalcificación con ligero estrechamiento de las extremidades diafisarias (Raquitismo muy discreto).

dentes de un régimen carenciado y sostenido durante el tiempo referido, más que suficiente para producir alteraciones por déficit vitamínico, se consideraron entre otras posibilidades la de un edema nutricional con xeroftalmía y se estimaron las otras manifestaciones como consecuencias de la avitaminosis por una parte y de la desnu-

trición por otra que lleva indefectiblemente a una pérdida total del grado de inmunidad.

La posibilidad de una nefrosis y de que las alteraciones oculares fueran de otra índole no resistían a la interpretación de los síntomas si tratábamos de unirlos frente a un mismo factor etiológico. El informe del oftalmólogo, la hipoproteinemia, la ausencia de hipercolesterinemia, la negatividad de las alteraciones renales típicas por una parte y por otra la de los exudados oculares y vaginales y finalmente el resultado terapéutico, confirmaron definitivamente el diagnóstico.

Es posible también que el substratum patológico de estas manifestaciones haya sido una tuberculosis larvada, por la sospecha que despiertan una prueba de Mantoux ligeramente positiva y las adenopatías traqueobrónquicas señaladas en el examen radiográfico. Un raquitismo muy discreto confirma también el déficit de vitaminas liposolubles.

Tratamiento y Evolución: El régimen hiperprotéico y la vitamina A constituyeron la base del tratamiento. El primero consistió en leche de vaca con caseinato de calcio. (Casec Mead) carnes de res y pollo, bistí y al final pequeñas dosis de yemas de huevos. La vitamina empleada al principio fué el Adexolín después exclusivamente Vitamina A de Glaxo a la dosis de XXX gotas diarias. Una transfusión de 120 gramos de sangre total se practicó con el objeto de hacer una rápida restitución de proteínas homólogas, rectificar el estado encéptico del plasma, combatir el grado de anemia y elevar el índice de inmunidad.

Las sales de potasio para coadyuvar a la derivación de los edemas y tratamientos locales para las afecciones cutáneas, genitourinarias y oculares.

Evoluciona favorablemente desde el comienzo, pero de un modo lento, su peso que al ingresar era de 12½ lbs. se leevó a 19 lbs. en el transecurso de un mes. Solo una bronquitis espástica, un agravamiento de la piodermitis y un brote de linfangitis reticular de la pierna son intercorrencias dignas de señalar. La visión está conservada a pesar de existir una queratomalacia y una deformidad de la pupila como secuelas de las ulceraciones corneanas. Actualmente su aspecto es el de una niña eutrófica, con buen grado de inmunidad, facie sonrosada, deposiciones normales, continuando su peso la curva ascendente.

Instituimos un tratamiento con calcio frente a las manifestaciones discretas de una posible tuberculosis y del raquitismo.

CONCLUSIONES:

1.—Presentamos un caso de EDEMA NUTRICIONAL ASOCIADO A UN TIPICO SINDROME DE AVITAMINOSIS A, por ser de observación menos frecuente que las asociaciones del edema nutricional al eritema pelagroide y al síndrome beribérico-pelagroide.

2.—La necesidad de insistir en la divulgación de las necesidades alimenticias del niño, para evitar que continúen presentándose trastornos por carencias originados por la prolongación indebida de un régimen deficiente.

BIBLIOGRAFÍA

PROF. ANGEL A. ABALLÍ.—Lecciones de Patología y Clínica Infantil.

H. FINKELSTEIN.—Tratado de las enfermedades del niño de pecho.

W. MAC KIM MARRIOT.—Infant Nutrition.

MAYER Y NASSAU.—Alimentación del niño de pecho.

DR. AGUSTÍN CASTELLANOS.—Contribución al estudio anatomopatológico de la xeroftalmía en el niño. Boletín de la Soc. Cubana de Pediatría No. 9 de 1937.

DR. AGUSTÍN CASTELLANOS.—Contribución al estudio clínico de la avitaminosis "B" en Cuba. Boletín de la Soc. Cubana de Pediatría No. 1, Enero de 1935.

DRES. AGUSTÍN CASTELLANOS Y E. GALÁN.—Forma cutánea de la Avitaminosis A en el niño. Boletín de la Soc. Cubana de Pediatría No. 9, 1937.

DRES. BENITO VILÁ Y E. ARTOLA.—Edema Nutricional y síndrome pelagroide beribérico. Boletín de la Soc. Cubana de Pediatría No. 12, 1936.

DRES. G. CARDELLE Y R. PEREIRAS.—Alrededor de algunas consideraciones de raquitismo en la Habana. Archivos de Medicina Infantil No. 1, 1937.

MOURIQUAND.—Las fases de curabilidad e incurabilidad de las distrofias alimenticias. Press. Medical, mayo 27, 1935.

WILHELM STEPP.—Avitaminosis como causa y consecuencia de enfermedades gastrointestinales.

W. PFANNEUSTIEL.—La significación de las vitaminas para la defensa contra la infección.

DEBRÉ Y A. BUSSON.—La vitamina A en medicina Infantil. Press. Medical, Mayo 6, 1934.

PROF. A. PILLAT VIENA.—La deficiencia de vitamina A como afección general octodérmica.

DROGUERIA SARRÁ

LA MAYOR

ESTABLECIDA EN 1853

36 EDIFICIOS 800 EMPLEADOS
35,000 METROS CUADRADOS UTILIZADOS



SIEMPRE
ADELANTE

y al Servicio de los señores
Médicos, Dentistas y Veterinarios

LABORATORIO.
FABRICA

de Productos Químicos y Farma-
céuticos. El Mayor de la República.

VISITENOS: - SALDRA COMPLACIDISIMO

UTILICENOS: - LO SERVIREMOS GUSTOSOS

CATÁLOGOS - LISTAS - PROSPECTOS

MUESTRAS GRATIS

Siempre a la disposición de los Señores Facultativos

ANGULO DE LA EXPOSICION DE LOS LABORATORIOS LINNER EN
EL VII CONGRESO MEDICO PAN AMERICANO, CELEBRADO
EN EL HOTEL NACIONAL EN ENERO DE 1938.



CERVITOL

Es un alimento líquido a base de Cereales, Proteínas,
Sales Minerales, Extracto de Malta y Vitaminas.
El CERVITOL, constituye el alimento ideal para
los enfermos y convalescentes, febriles y operados.

PRESENTACION:

Frascos de 200 c.c. y Frascos de 400 c.c.

PREPARADO POR:

LABORATORIOS LINNER, S. A.

DIRECTOR: DR. C. ZAYAS

CAMPANARIO No. 104

TELEFONO: M-9314

HABANA, CUBA